ACTIVE

REPORT

What we think. What we know. What we do.

THE ACTIVE HEALTH REPORT ON ALCOHOL, TOBACCO AND MARIJUANA

Canada

89-04724/

Published by authority of the Minister of National
Health and Welfare, 1989

Aussi disponible en français sous le titre
«Le rapport Action Santé : alcool, tabac et marijuana»

©Minister of Supply and Services Canada 1989
Catalogue number H39-145/1989E
ISBN 0-662-16852-6

ACTIVE

REPORT

What we think. What we know. What we do.

THE ACTIVE HEALTH REPORT ON ALCOHOL, TOBACCO AND MARIJUANA

CONTENTS

Introduction 3

Chapter **1**

Who Are the Users? 5

Chapter **2**

Self-rated Health 13

Chapter **3**

Striving for Health 18

Afterword 22

INTRODUCTION

The Active Health Report on Alcohol, Tobacco and Marijuana is one of two reports on issues in prevention based on *Canada's Health Promotion Survey*. Its partner is the *Active Health Report on Fitness, Nutrition and Safety*. Like their predecessor, the *Active Health Report*, both closely reflect many of the ideas contained in *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*.

Both reports take as their starting point some of the central issues raised by the *Active Health Report*. The latter focused on how Canadians rate their own health and how self-rated health corresponds to health knowledge, attitudes and beliefs; to economic status; and to the individual's immediate social environment. What do Canadians mean by "health", the *Report* asked. How do Canadians generally rate their own health status? How do they rate their own efforts to maintain and improve their health? What are the changes they'd like to make? What are the barriers to health that people encounter?

Three conclusions from the *Active Health Report* are of particular importance here. The first is that, by and large, ***most Canadians want to improve their health***. Even many of those Canadians who rate their current health as very good or excellent cited ways in which their health could be improved. In total, 67% of all respondents said that there is something they should be doing to improve their health.

Second, the *Active Health Report* found that not only do people want to improve their health, but ***they also feel that they are actively striving to do so***. Sixty-four percent of all respondents said that they make more of an effort than other people their age to improve their health. What's more, this self-perception is often backed up by action: 68% of those who said they made more of an effort had actually done something to improve their health in the previous year.

Finally, the *Active Health Report* found that when people persist in poor health habits, or fail to adopt positive health practices, it is not because they do not know better, have a poor attitude, or are unaware of the consequences. Most people who persist in poor habits often do so despite awareness of the health consequences and despite aspirations to change.

As the *Active Health Report* says: "This portrait of Canadians, the majority of whom feel that they are making an effort to enhance ... their health, is not consistent with much of the early thinking in health promotion...Whatever the reasons for current differences, the recognition that much of current poor health arose from people's habits (i.e. from their personal lifestyles) led to the conclusion that people were either ill-informed about health or that they were not sufficiently concerned or motivated to take corrective actions."

It goes on: "***Canada's Health Promotion Survey*** demonstrates clearly that ... most Canadians claim to be concerned about health and motivated to act."

The task for health professionals is, therefore, not simply to educate Canadians and make them aware of health issues, nor just to motivate them to adopt healthier practices. While education and motivation remain important aspects of health promotion, we must now look beyond them and try to find ways of helping people to overcome the barriers that keep them from living healthier lives. Or, to put it another way: ***How can we help Canadians to achieve their health aspirations?*** This question more than any other underlies the presentation of the two reports on preventive issues.

The two reports are divided topically along lines first laid down in Chapter 3 of the *Active Health Report*. In this report we look at alcohol, tobacco and marijuana use. What these issues share is that, in promoting them, we

***Canada's Health Promotion Survey was a telephone survey** undertaken by the Health Promotion Directorate of Health and Welfare Canada and conducted on its behalf by Statistics Canada in June 1985. The survey used random digit dialing technology to contact households all across Canada. The response rate was over 80%. Over 11 000 adult Canadians aged 15 and over were asked 109 questions covering 250 items of information; this has created a massive database which should continue to generate useful insights for many years to come.*

Despite its size and range, the survey had significant limitations which readers of this report should bear in mind. First, it was a survey of the non-institutionalized population only. It excludes those in hospitals and in chronic care homes. Second, although it was very broad, it could not possibly have included questions on every health topic. Certain very important topics, such as dental health and sexuality, to take just two examples, were excluded. Finally, because it was a telephone survey, it excluded the 3% of Canadians who do not have telephones. While this does not greatly bias the aggregate picture, it is significant given the relationship between health and economic status that the Active Health Report *documents.*

are generally asking Canadians to give up some *negative* activity, one that is often ingrained by addiction and sanctioned by custom. With fitness, nutrition and safety, on the other hand, in encouraging prevention we are generally asking Canadians to adopt some *positive* activity for current or future benefits or to prevent health risks. The distinction, of course, is a loose one. And while from a medical point of view it might not be all that pertinent, from a health promotion point of view, it is useful because supporting positive behavioural change by individuals, groups and communities is still a foundation of increased prevention.

The *Report on Alcohol, Tobacco and Marijuana* is divided into three chapters.

In Chapter 1, entitled "Who Are the Users?", we look at which Canadians are smoking cigarettes, drinking alcoholic beverages or using marijuana and how their numbers have changed in recent years. We find that while a majority of Canadians do not smoke, drink excessively, or use marijuana, a significant minority are still incurring considerable health risks through the use of these substances.

In Chapter 2, "Self-rated Health", we compare the self-rated health, activity limitations, stress levels and happiness of those who smoke cigarettes, drink heavily, or use marijuana, and those who do not. We find, somewhat surprisingly perhaps, that users of these substances do not rate their health appreciably more poorly than non-users.

In Chapter 3, "Striving for Health," we turn from the way respondents view their own health, to the way in which they view their own efforts to enhance their health and their intentions for future change. We find that although the majority of Canadians feel they are making considerable efforts to maintain and improve their health, and do in fact link their efforts to their health, many nevertheless encounter barriers to healthful change.

The value of these findings is twofold. First, they tend to confirm in various ways the approach to increasing prevention suggested by *Achieving Health for All*. We find on the one hand that healthful behaviour – as indicated by non-smoking, moderate drinking and the avoidance of illicit drugs – has become the social norm in Canada. At the same time, despite encouraging signs of progress, we find that a large number of Canadians still smoke cigarettes, drink heavily, or use marijuana. The latter suggests that in the absence of social support, individually directed initiatives for increasing prevention may have reached a kind of practical limit – that those people we still need to reach may be encountering significant social and environmental barriers to change. The former suggests that combined strategies based upon self-care, mutual aid and environmental change may now be more necessary – and more possible than ever before.

Second, the findings presented here help us to understand better the process of enabling – i.e. to understand what it will take to initiate and support new ways of increasing prevention. Enabling means helping individuals and communities to understand how various activities like alcohol, tobacco and marijuana use can affect their health; it means helping individuals and communities to select appropriate priorities for change; it means equipping people and communities with the skills and resources they need to overcome barriers to improvement; and it means creating supportive environments wherein healthy choices become easier choices.

These ideas, of course, are not new to this report. Like all reports in the Active Health series, our purpose here is to use the data of *Canada's Health Promotion Survey* to gain some practical, concrete insight into different concepts in health promotion – to advance discussion and debate. The particular value of this report is that it helps to give practical expression to the notion of "increasing prevention" as presented in *Achieving Health for All*. ■

1 WHO ARE THE USERS?

Canada's Health Promotion Survey *questioned respondents about their use of alcohol, cigarettes and marijuana. They were asked how often they used these substances and how much they drank and smoked. In this chapter, we look at how Canadians replied and whether or not their habits have changed much over the last decades.*

Overall, the survey found that most Canadians drink only moderately, that smoking continues to decline in popularity and that marijuana use is relatively slight. However, while fewer Canadians are smoking, more than one third of the population continues to smoke. As well, more women are smoking, particularly young women. And while heavy alcohol use is recognized as a serious social problem, there has been no significant change in the number of drinkers since a similar 1978 survey.

Alcohol, tobacco and marijuana are three well-recognized health hazards. The price they exact is paid by thousands of Canadians whose health is put at risk by their use.

The repercussions, moreover, are not limited to individuals, but extend to Canadian society as a whole. The use of alcohol, tobacco and marijuana can affect the health of others, by way of second-hand smoke, for example, or by accidents caused by impaired driving. Dependencies can put stress on families and friends. Treatment for the health problems caused by alcohol, tobacco and marijuana can cost hundreds of thousands of dollars in health care.

From the point of view of health promotion, preventing the health problems caused by the abuse of these substances is a significant challenge. And in recent years, some of the most innovative preventive programs and efforts have focused on this challenge. Against tobacco use, for example, we find community interest groups and government at various levels working together to limit smoking in the workplace and in public buildings in order to prevent exposure to second-hand smoke. In schools, we find peer-assisted learning programs which use mutual aid to help kids stay away from marijuana and tobacco. Server-intervention programs are enlisting the aid of the hospitality industry in the fight against excessive consumption of alcohol and in working to ensure that impaired customers do not proceed to drive a motor vehicle.

Thus alcohol, tobacco and marijuana are significant not only for the preventive challenges they present, but also for the kinds of initiatives they have engendered.

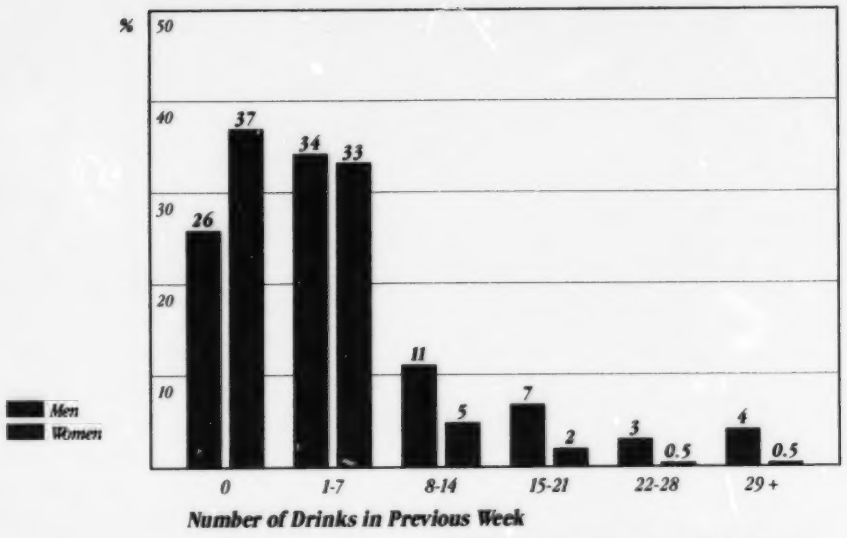
In this report, we look primarily at cigarette smokers, marijuana users and heavy drinkers. A smoker is defined as any respondent who reported smoking cigarettes, either regularly or occasionally, at the time of the survey. A marijuana user is any respondent who reported having used marijuana at least once in the 12 months prior to the survey. A heavy drinker is defined as any respondent who reported consuming 15 or more drinks in the week prior to the survey.

To a certain degree, these distinctions are arbitrary, as there is no one absolute criterion for abuse of these substances. For example, a person need not drink 15 drinks per week to increase the risk of an accident caused by impaired driving. However, the intent of this report is not to document health hazards associated with varying patterns or levels of use of these substances. Rather, it is to paint a portrait of the health of these users as they themselves see it – to explore their perceptions of how these behaviours affect their health and the things they are doing in trying to be healthy.

Who Are the Heavy Drinkers?

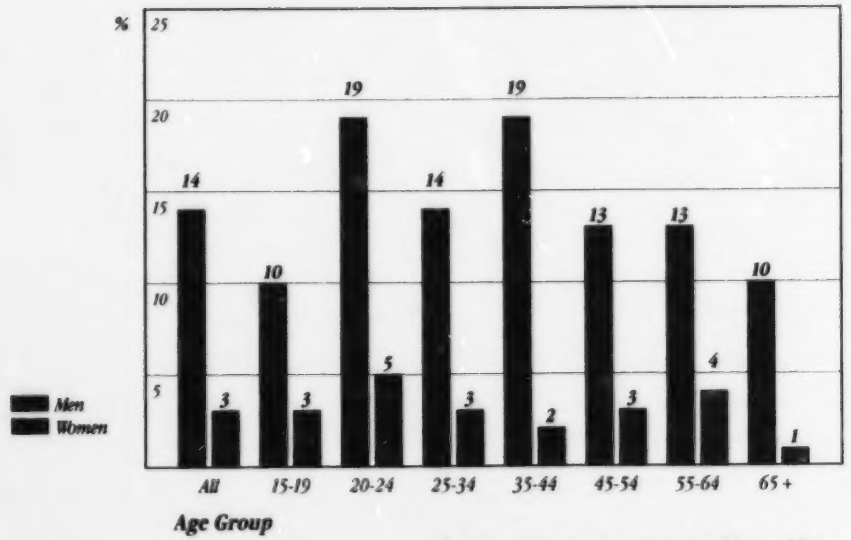
Alcohol abuse has been linked to a number of diseases and conditions,

Fig. 1a*
Drinks per Week by Sex



While most Canadians reported drinking moderately, overall men tended to drink more drinks per week than women.

Fig. 1b
Heavy Drinking by Age and Sex



In all age groups, men were much more likely to be heavy drinkers than women.

including liver damage, heart disease, certain types of cancer, ulcers and fetal abnormalities. It is also a factor in such societal problems as family violence, unemployment and crime. It is estimated that alcohol contributes to approximately 50% of all traffic fatalities and 30% of all personal injury crashes.

There is no one level or pattern of alcohol consumption that endangers health and no one level that is entirely without health risks. In this report, we have chosen to look at a single group of heavier drinkers – those who consumed 15 or more drinks per week – whose drinking may entail greater health risks.

Survey respondents were asked: "*In the past 12 months, have you taken a drink of beer, wine, liquor, or other alcoholic beverage?*" Eighty-one percent of respondents answered "yes". Overall, moderation seems to be the watchword for the large majority of Canadians who drink alcohol. Among those who reported having consumed alcohol in the *week* prior to the survey, the average number of drinks consumed was about five.

However, about 8% of respondents were heavy drinkers in the week prior to the survey – i.e. they consumed 15 or more drinks during that week.

The survey indicated that drinking habits continue to be dramatically different between men and women. In all age groups, more men drink than women. And men also emerge as the heaviest drinkers, with 9% of men reporting that they drink daily, compared with 5% of women. The average number of drinks per week for men was 7.3; for women, it was 2.8. Over 14% of male respondents reported consuming 15 or more drinks per week, compared to about 3% of female respondents. For both

**This graph does not show the 19% who are lifetime abstainers or former drinkers. However, percentages are based on all respondents. Due to rounding off, percentages in graphs, charts and tables may not always total 100.*

sexes, heavy alcohol consumption is lowest in the youngest and oldest age groups. Drinking generally tends to decrease as a person ages.

As with smoking habits, drinking habits are profoundly influenced by the actions of family and friends. The survey found that a person whose friends drink heavily is nine times more likely to do the same than a person whose friends do not drink heavily. At the same time, someone with mainly non-drinking friends has only about one chance in 25 of being a heavy drinker.

The survey also found that there was a direct relationship between heavy drinking and both income and educational attainment. While about 13% of those in the upper-middle and wealthy income groups reported that they were heavy drinkers, this was true of only about 4% of those in the poor and very poor income groups. Similarly, those with secondary or post-secondary education were more likely to report that they were heavy drinkers (about 10%) than those with less than secondary education (about 7%).

There seems to have been little change over the past seven years in the proportion of adult Canadians who consume alcoholic beverages. In the *Canada Health Survey* which was conducted in 1978-79, 80% of the population reported alcohol use in the previous 12 months; that figure rose by only 1% in the 1985 *Health Promotion Survey*. However, with respect to ***heavy*** drinking, there are considerable differences between the two surveys. Heavy drinking (defined as 15 or more drinks in the past week) was reported by 22% of men in the *Canada Health Survey*, compared to only 14% of men in *Canada's Health Promotion Survey*. There was also a decline, though smaller, in heavy drinking reported by women. In 1978-79, 5% of women reported heavy drinking; in 1985, 3% of women reported heavy drinking. Whether this is a true reduction or indicative of a change in social norms (or simply greater under-reporting), lower rates of heavy use are being reported. In either case, the signs are encouraging that heavy drinking, or at least the social acceptability of heavy drinking, may be on the decline in Canada.

Who Smokes?

Tobacco use is the leading cause of preventable death and disease in Canada, resulting in an estimated 35 000 deaths each year.

Tobacco use has been linked to a range of health problems, including several forms of cancer, coronary heart disease, emphysema, bronchitis, stomach ulcers and other diseases of the cardiovascular and respiratory systems.

As well, there is disturbing evidence that "second-hand smoke" – smoke inhaled involuntarily by the people around a smoker – also can cause illness. Recent research has indicated that second-hand smoke may be a factor in premature death.

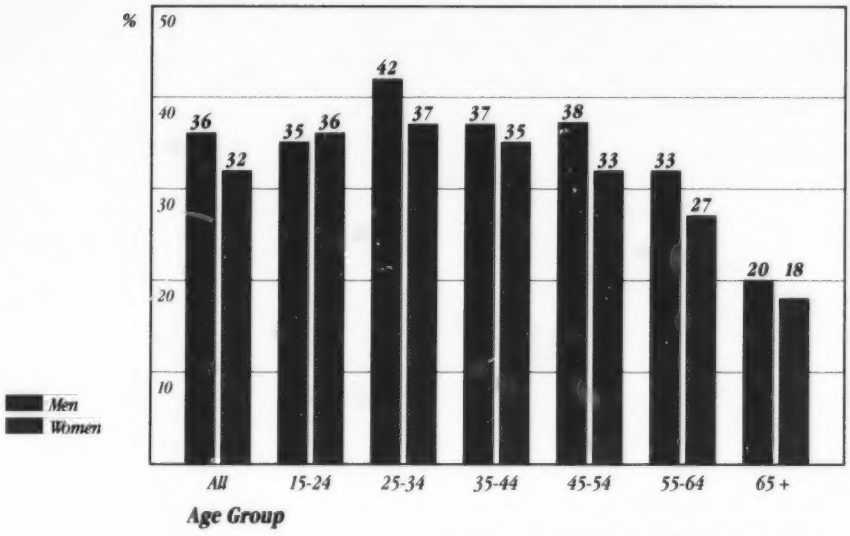
Canada's Health Promotion Survey found that while the number of smokers has declined dramatically since 1965, 34% of Canadians still smoke cigarettes – the vast majority of them smoke on a regular basis.

Respondents were asked: "*Do you smoke cigarettes regularly, that is, usually every day; or occasionally, not every day?*" Thirty percent of Canadians aged 15 and over replied that they were regular smokers, i.e., they smoked daily. Another 4% identified themselves as occasional smokers.

The survey also confirmed that cigarette smoking is now almost as common among women as it is among men. The overall proportion of women who smoke (32%) is only slightly lower than that of men (at 36%). In the youngest age group (15-24), 36% of women reported smoking, compared with 35% of men.

Smoking is most frequent among people in the 25-34 age group, with 40% of them reporting that they smoke. Only 19% of Canadians aged

Fig. 1c
Cigarette Smoking by Age and Sex



Cigarette smoking is now almost as common among women as among men. In the 15-24 age group, women even surpass men in smoking rates.

65 and up reported smoking – the lowest rate among all the age groups. This may be due to generational effects – i.e. it may be that fewer people of this generation ever started smoking; or it may reflect selective mortality – i.e. many smokers of this generation may have already died due to tobacco-related health problems. It may also reflect the high number of adults, particularly males, who have quit smoking over the past two decades.

The current status of smoking in Canadian society contrasts markedly with past studies. In 1965, a Statistics Canada survey found that 50% of Canadians smoked. Only 20 years later, the percentage has dropped by 16 points. But while this decrease is highly encouraging, it is disturbing to see that the trend towards lower smoking rates is far more pronounced among men than among women. During that same period (from 1965 to 1985), the rate of smoking among men declined by 20 percentage points, while among women, it declined by only one percentage point.

Life circumstances, workplace policies and, in particular, the immediate social environment – one's family and friends – have a very profound influence on whether an individual smokes. The survey found that a person with friends who smoke is seven times more likely to smoke than a person with non-smoking friends. If a spouse smokes, his or her partner is 2.5 times more likely to smoke than a person with a non-smoking spouse.

The survey found a much less clear-cut relationship between smoking and education and income. Respondents were divided into four education groups: elementary or less, some secondary, secondary and post-secondary. Thirty-nine percent of the elementary or less group reported smoking, compared to about 32% of other groups. Respondents were also divided into five income groups on the basis of adjusted family income: very poor, poor, lower middle, upper middle and wealthy. Respondents from the very poor group (45%) and the wealthy group (40%) tended to report that they smoked somewhat more frequently than those from middle-income groups.

Who Uses Marijuana?

Although the health consequences of marijuana use are not yet documented fully, there is widespread agreement that long-term marijuana use poses serious health risks. A single marijuana cigarette produces twice as much tar as a strong tobacco cigarette. Like tobacco smokers, the marijuana user may increase risks of lung cancer as well as respiratory tract conditions such as bronchitis and asthma. Other long-term harmful effects are still under investigation. Marijuana may affect the reproductive system, for example. It also interferes with memory and concentration, though these problems seem to disappear when marijuana use stops.

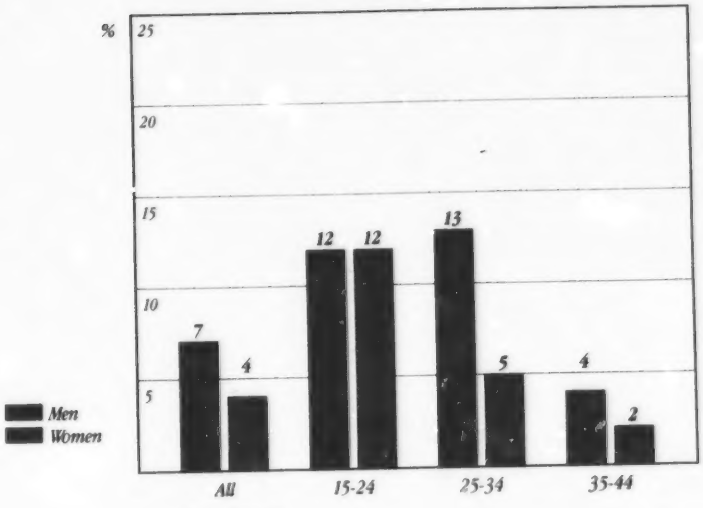
Marijuana's harmful effect on behaviour and mental functioning is substantial. It interferes with judgement, muscle co-ordination and attention span. Although the nature and extent of problems associated with drug impairment are still not well established, it is felt that this impairment can increase the risks associated with many daily activities, especially difficult or potentially hazardous activities such as driving a car or operating machinery.

Although the effects of periodic use of marijuana are not well established, we have chosen to focus upon Canadians who reported using marijuana anytime during the past year. Again, the aim is to describe health as they see it and live it, *not* to document hazards associated with specific patterns and levels of use.

Respondents were asked: "*In the past 12 months, have you used marijuana or hashish?*" Overall, only 6% of respondents reported using marijuana or hashish in the previous year.

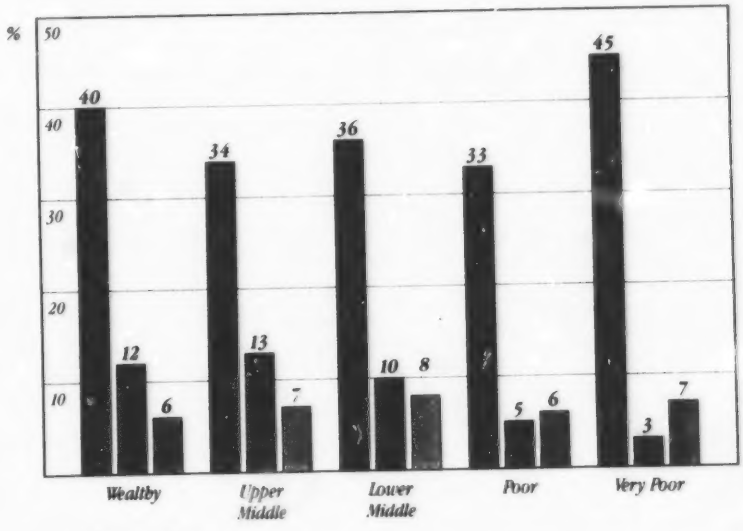
Younger people made up the majority of users. The highest rate was found among people aged 15 to 24, with 12% reporting use; the next highest rate occurred in the 25 to 34 age group, with 9% reporting use. Together, people aged 15 to 34 accounted for 84% of all marijuana users.

Fig. 1d
Marijuana or Hashish Use by Age and Sex

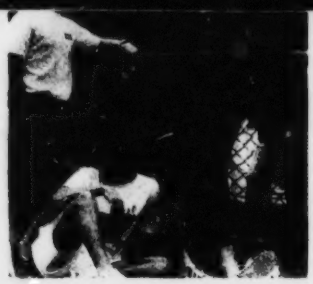


Young people make up the majority of marijuana users, with more young men than young women using the drug.

Fig. 1e
Substance Use and Income



Heavy drinking was most frequent among middle and upper income groups. Tobacco use was highest among the very poor and the wealthy. Marijuana use was similar across income groups.



Changing Social Attitudes

Social attitudes towards and tolerance of alcohol, tobacco and marijuana use appear to be changing – but more among some groups of Canadians than others. Increasingly, non-smokers are expressing their disapproval of sidestream smoke; moderate drinkers and abstainers are articulating their concerns about heavy drinking; and non-users of illicit drugs are voicing their disapproval of illicit drug use. It is the majority of Canadians – those with predominantly positive attitudes and habits – who are in the vanguard of change.

	% Who Agree
Most people don't mind if you get drunk occasionally.	
Abstainers	*35%*
Moderate Drinkers	*49%*
Heavy Drinkers	*63%*
Alcohol problems are a very important topic for government to deal with.	
Abstainers	*72%*
Moderate Drinkers	*72%*
Heavy Drinkers	*51%*
Most non-smokers don't mind if others smoke in their presence.	
Non-smokers	*27%*
Smokers	*44%*
Smoking is a very important topic for government to deal with.	
Non-smokers	*59%*
Smokers	*43%*
Occasional use of marijuana will affect a person's mental or physical health.	
Non-users	*63%*
Users	*30%*
Illicit drug use is a very important topic for government to deal with.	
Non-users	*76%*
Users	*48%*

While government action on each of these topics is important, it will likely have little impact without high levels of public participation. How can we better enable these Canadians – the majority with positive habits – to undertake action in their homes, communities and places of work?

On the whole, more men (7%) than women (4%) reported using marijuana or hashish. The gender difference is particularly pronounced among those in the 25 to 34 age group, in which men reported using the drug almost three times more than women (13% compared with 5%). Among 15- to 24-year-old men and women, by way of contrast, however, about the same percentage of men and women reported having used the drug.

As with alcohol and tobacco, marijuana use is closely related to the actions of friends and family. The survey found that a person whose friends use marijuana is 53 times more likely to use it than someone whose friends abstain; a person whose spouse uses marijuana is 42 times more likely to use it than someone whose spouse does not use it. If none of a person's friends smokes marijuana, the odds are only one in a hundred that he or she will use it.

Use of marijuana was related to education level. While 5% of those with secondary education and 7% of those with post-secondary education reported having used the drug in the past year, only 1% of those with only elementary education did so. Given that younger adults are more likely to have advanced education than older adults, this outcome may be attributable to age. There was no clear relationship between marijuana use and income; use was about equal in all income groups.

There is some evidence that marijuana use may be declining. A 1978 survey by Health and Welfare Canada found that 10% of Canadians were using marijuana; in 1985 only 6% reported its use. It is not clear whether this change should be attributed entirely to diminished use, or whether it perhaps reflects a greater reluctance to report use. Nevertheless, the signs are encouraging that use of marijuana – or, at a minimum, the social acceptability of use – may be on the decline. ■

"Increasing prevention" is one of the three main challenges for health promotion posed by *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. To a large extent, increasing prevention involves enhancing personal preventive practices. We increase prevention by enabling people to give up behaviour which may be injurious to health – like heavy drinking, smoking and using marijuana – and to adopt behaviour which will improve their health. The question is: What must we, as health professionals, do to enhance Canadians' capacity to make these changes?

The findings of *Canada's Health Promotion Survey* contain clues which can help us to answer this question with respect to three health-risk practices: heavy drinking, smoking and marijuana use.

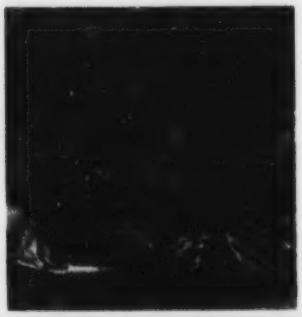
Generally, the survey found that a majority of Canadians do not smoke, drink heavily, or use marijuana. A small minority of Canadians (8%) reported that they consume more than 15 drinks per week, representing a decrease in levels of heavy drinking since other earlier surveys. And while a large minority of respondents – 34% – reported that they still smoke, the majority of Canadians do not smoke and the number of Canadians who do smoke is decreasing. Only 6% of Canadians reported using marijuana, down from 10% in 1978.

These results have dual implications. On the one hand, we see that the avoidance of health-risk activities has become or is becoming the behavioural norm among Canadians. While all the risk activities studied in this report have shown declines in recent years, nowhere is this more evident than with smoking. It was not that long ago that smoking was a majority behaviour – considered "adult" and "sophisticated," even "glamorous." Today, smoking is becoming less socially acceptable in a number of situations, as evidenced by groups lobbying for smoke-free environments. To a lesser extent, this trend may also be developing with respect to drinking and marijuana use as well. Public intoxication, and particularly driving while impaired, is becoming much less tolerated than it was 10 or 15 years ago. And concerted long-term programs have been implemented to curb illicit drug use.

Given the close relationship traced by *Canada's Health Promotion Survey* between health-related behaviour and its social context, these facts are of considerable importance for health promotion. With something like a new, positive public consensus emerging from these activities, the potential is increasing for programs based upon mutual aid, community support and action and the co-ordinated efforts of a broad range of institutions and interest groups.

That's the positive side of the trend. On the negative side, despite the trend away from these health-risk practices, very significant minorities still persist in them. Eight percent of respondents – equivalent to nearly two million Canadians – reported heavy drinking, 34% of respondents reported that they still smoked, and 6% reported marijuana use.

What can we do now to help these people develop more healthful habits? It seems that while traditional health promotion approaches – education, motivation, awareness building – have been working for the majority, they have not worked as well for everyone. Do these Canadians have the same *opportunities* to make healthy choices as others? If they do not, then positive knowledge, attitudes, beliefs and intentions may not be sufficient to help them change behaviour. The very fact that they persist in health-risk behaviour despite the mounting social pressure to do otherwise perhaps indicates that they are encountering barriers to healthful change or lack the resources



to make changes. For example, while there has been an overall decline in rates of smoking and drinking since the *Canada Health Survey* of 1978-79, the decline has been greater among men than among women. From 1978-79, the proportion of men reporting heavy drinking declined from 22% to 14%; the decline among women was only from 5% to 4%. In the same period, the percentage of men reporting that they smoked regularly declined from 41% to 32%; the number of women smoking regularly declined from 34% to 29%. Thus, the gap between men and women is narrowing. Why are relatively more men than women reducing their heavy drinking and giving up smoking? Do women have less support in their efforts to change? Have the pressures to smoke and drink heavily increased more for women than for men? Or is it just that past health promotion approaches have been more effective and successful with men than women?

Similarly, youth and young adults remain an important target. Overall, they show the highest rates of heavy drinking, smoking and marijuana use.

Whatever the reasons for the persistence of health-risk practices among certain groups of Canadians, they indicate that further overall advances in avoiding health risks may be difficult to achieve using past approaches focusing on individuals. Instead of simply exhorting Canadians to improve their lifestyles, we will need to provide the resources, skills and support that *enable* individuals to change; that is, we will need to focus on the social circumstances surrounding risk behaviour. We will need to make unhealthy choices more difficult – by increasing the cost of smoking and drinking, for example, or by creating more smoke-free public spaces, or by changing the social acceptability of heavy drinking in public through action at the community level. At the same time, we will need to make healthy choices easier – by limiting tobacco advertising, perhaps, or by promoting citizen intervention to prevent drinking and driving. And we will need to deal with underlying problems, like stress, that may be associated with risk behaviour.

This can be accomplished only through extensive intersectoral policy and program co-ordination to ensure that all the various life circumstances that influence individual behaviour reinforce healthy choices. Initiatives like the National Program to Reduce Tobacco Use, the National Drug Strategy and the National Program to Reduce Impaired Driving are significant current steps in this direction. ■

2 SELF-RATED HEALTH

***In this chapter we look at** how heavy drinkers, cigarette smokers and marijuana users rate their own health. Given what we know about the health consequences of these activities and given the publicity that these consequences have received in recent years, we might expect that these people would rate their health significantly poorer than those who do not indulge.*

However, we find, much to the contrary, that heavy drinkers, smokers and marijuana users do not rate their health much differently than other Canadians. This tells us something about how these people see health and about the kinds of health promotion strategies that may be necessary to help them change their behaviour.

Throughout the Active Health series of reports, the aim has been to paint a picture of health as Canadians themselves see it and live it. The survey asked Canadians how they rate their own health and about health-related activity limitations, stress and happiness. By correlating these self-ratings of health with reported individual health practices, we can begin to piece together a picture of the various ways in which Canadians understand health in a practical, day-to-day way – whether they see health simply as the absence of health problems, or whether they in some sense view health as involving a much broader range of life circumstances. We can understand the extent to which they incorporate moderate drinking, non-smoking and abstinence from marijuana use into their own assessment of their health. This insight, in turn, is very useful in helping us to understand some of the ways in which health promotion can become more effective.

Interestingly, the data on self-rated health do not always dovetail with other information. In the *Active Health Report – Perspectives on Canada's Health Promotion Survey*, for example, we saw that many Canadians rated their health as very good or excellent despite activity limitations or other known health problems. In the *Report on Fitness, Nutrition and Safety*, on the other hand, we found that many people with positive health enhancement practices did rate their health better than their less healthy neighbours.

In this chapter, we look at self-rated health in the context of heavy drinking, smoking and marijuana use. Here we find what are perhaps the most contradictory results of all. Despite the health risks they incur as a result of their habits, a clear majority of drinkers, smokers and marijuana users nevertheless rate their health as very good or excellent.

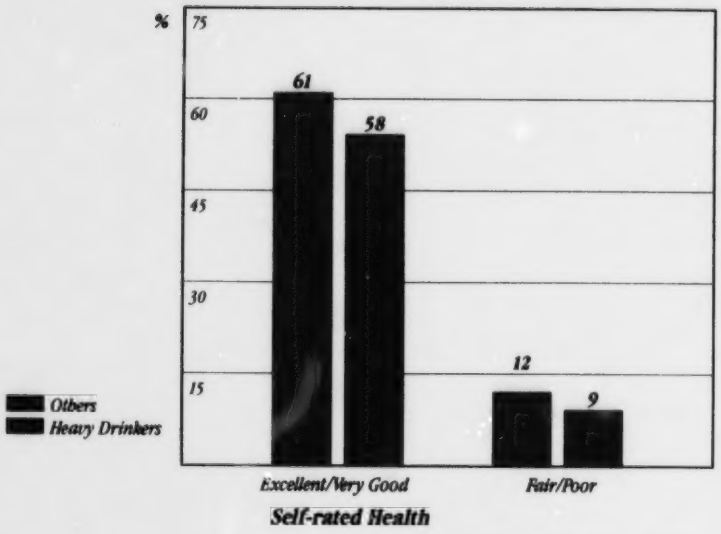
Self-rated Health

Respondents to the survey were asked: "*In general, compared to other persons your age, would you say your health is excellent, very good, good, fair or poor?*"

Overall, those who drank heavily, smoked or used marijuana were less likely to rate their health as very good or excellent and more likely to rate it as only fair or poor compared to non-users. However, the actual differences in how they rated their health were small, much smaller than we might have expected given the significance of these activities for health.

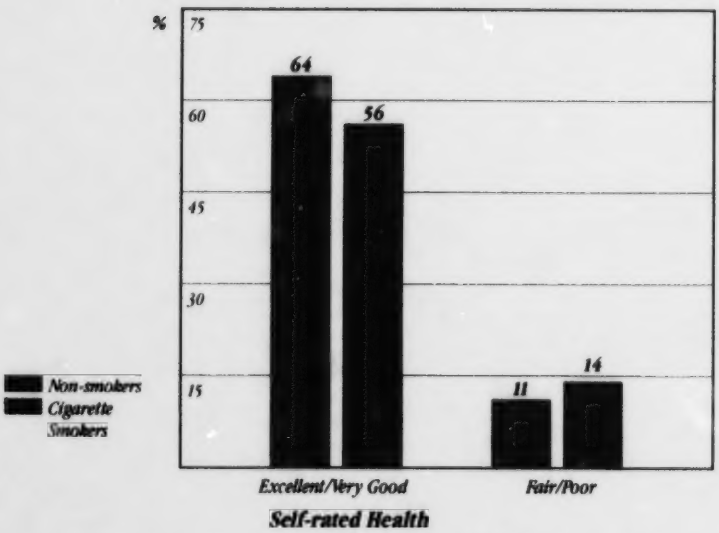
- **Heavy Drinkers.** Fifty-eight percent of heavy drinkers rated their health as very good or excellent for their age, compared to 61% of all others. Only 9% of heavy drinkers rated their health as fair or poor, compared to 12% of all others. This may be because those who are already ill from other causes may be less likely to drink heavily.
- **Smoking.** Fifty-six percent of smokers and 64% of non-smokers rated their health as very good or excellent for their age. Fourteen percent of smokers and 11% of non-smokers rated their health as only fair or poor.
- **Marijuana Users.** Sixty-two percent of marijuana users and 60% of

Fig. 2a
Self-rated Health and Heavy Drinking



Those who had consumed 15 or more drinks in the previous week did not rate their health much differently than those who did not drink heavily.

Fig. 2b
Self-rated Health and Cigarette Smoking



There was not a large difference in the way cigarette smokers and non-smokers rated their health.

non-users rated their health as very good or excellent for their age. Seven percent of marijuana users and 13% of non-users rated their health as only fair or poor.

Activity Limitations

Respondents were asked, "*Are you limited in the kind or amount of activity you can do because of a long-term physical condition or health problem? By 'long-term' I mean a condition that has lasted or is expected to last six months or more.*"

Activity limitations may be related to health practices in several ways. First, positive health practices may help mitigate or prevent certain activity limitations; poor health practices may be the cause of some activity limitations. Second, health-related activity limitations may themselves function as a barrier which prevents people from improving their health. Activity limitations may also help to make individuals more aware of the importance of healthful behaviour.

While it might be expected that the health-risk habits of heavy drinkers, smokers and marijuana users might in some cases be the source of activity-limiting health problems, the survey found that these high-risk groups did not report more activity limitation than people who did not drink heavily, smoke or use marijuana.

- Among heavy drinkers, 12% reported health-related activity limitations, compared with 16% of those who did not drink heavily.
- Of smokers, 15% reported activity-limiting health problems, compared with 16% of non-smokers.
- Nine percent of marijuana users reported activity limitations, compared with 17% of non-users.

A number of different facts may account for these apparently discrepant results. First, it must be acknowledged that most marijuana users and heavy drinkers are younger adults and they will likely report fewer activity limitations

on the basis of age alone. Second, many of the risks incurred by these activities may result in chronic conditions that may manifest themselves only after a long period of heavy use; they may not appear as health problems in the shorter term. Third, many of the users who had developed health problems may have been institutionalized at the time of the survey and thereby are excluded. Finally, it may be that those with activity limitations are simply less likely to engage in these practices.

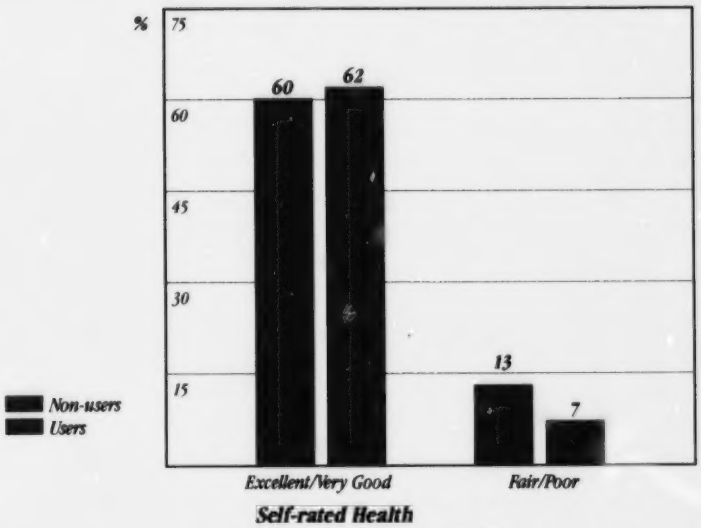
Stress

Insofar as stress is an indicator of a person's ability to meet the demands of his or her environment, it provides a rough measure of coping. Behaviours such as drinking, smoking and using drugs may constitute a way of dealing with stress, and hence life situations, that are not otherwise manageable. In such cases, however, the means of coping themselves soon become a problem. Thus, for example, a person may adopt drug use as a means of coping and gradually come to rely on the drug to the point where he or she can no longer respond to stressful situations without it. The question for health promotion is: can we expect a person to give up drinking, smoking or marijuana use until the underlying problems are solved, or before his or her capacities to cope in "healthier" ways are improved?

Canada's Health Promotion Survey did reveal a relationship between drinking, smoking and marijuana use, and stress. Respondents were asked, "*Would you describe your life as very stressful, fairly stressful, not very stressful, or not at all stressful?*" In each case, heavy drinkers, smokers and marijuana users reported higher levels of stress than did non-users. However, the differences were usually quite small.

- Fifty-one percent of heavy drinkers reported that their life was very or fairly stressful, compared to 48% of those who did not drink heavily.
- Fifty percent of smokers said that their life was very or fairly stressful, compared to 47% of non-smokers.
- Fifty-seven percent of marijuana users reported that their life was very or fairly stressful, compared to 48% of non-users.

Fig. 2c
Self-rated Health and Marijuana Use



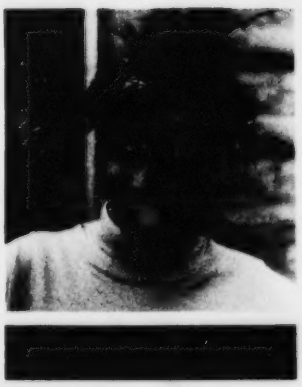
Marijuana users did not rate their health much differently than non-users.

Happiness

As with stress, happiness can be an indicator of health, particularly mental health and of an individual's ability to cope with environmental demands.

When asked, "*In general, would you say you're very happy, pretty happy, or not too happy?*" respondents who reported health-risk behaviour were on the whole somewhat less likely to report that they were very happy. Again, however, the differences were small.

- Forty-four percent of heavy drinkers reported that they were very happy, compared to 42% of those who did not drink heavily.
- Thirty-seven percent of smokers reported that they were very happy, compared to 45% of non-smokers.
- Thirty-six percent of marijuana users reported that they were very happy, compared to 42% of non-users. ■



ISSUES AND CHALLENGES

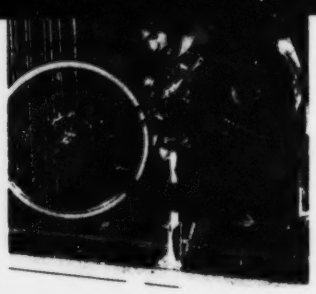
1) Given the kind of emphasis placed by past health promotion programs on drinking, smoking and marijuana use as health-risk activities, we might expect that heavy drinkers, cigarette smokers and marijuana users would be aware of the risks inherent in these behaviours and be considerably less likely to rate their health as high as other Canadians. *Canada's Health Promotion Survey* found, however, that while smokers did not rate their health quite as well as non-smokers, the differences were small. And it found that marijuana users were actually slightly more likely to rate their health as very good or excellent than were non-users.

There are, of course, a number of different possible explanations for these results. Many of the health problems associated with drinking, smoking and marijuana use may arise more from chronic use than use on a single occasion. Thus, although they may affect health in the longer term, they may not be associated as strongly with shorter-term problems that are likely to influence self-perceptions of health. Furthermore, they are activities more often associated with younger Canadians, who tended to rate their health higher overall than older respondents. Finally, many of those who are already ill may simply be less likely to drink, smoke, or use illicit drugs, or they may already be institutionalized and thereby are excluded from the survey.

Or, as suggested in the previous chapter, it may be that those respondents who reported that they still drank heavily, smoked, or used marijuana are precisely those Canadians for whom past health promotion approaches have been least successful. Thus, the self-rated health of heavy drinkers, current smokers and marijuana users may not be affected by their activities because, for whatever reason (e.g. denial), the health message has simply not been effective with them. If this is the case, then it tends to support the idea, raised in the previous chapter, that it may be increasingly difficult to make further gains with individually directed educational or motivational types of programs.

Whatever the reason for these results, they are one more indication that many Canadians do not hold a "problem-centred" view of health; they do not equate health only with health risks or health problems. We saw in the *Active Health Report – Perspectives on Canada's Health Promotion Survey* that many Canadians rate their health as very good or excellent despite known health problems. Here, we see similarly that many Canadians rate their health as very good or excellent despite the health risks that they are taking. The point in both cases is the same: very often Canadians themselves do not judge or rate their health in the same way as health professionals might. Insofar as they may be said to have an implicit definition of health, it is one that views health in the context of everyday life, enmeshed in life circumstances, not one that defines health in terms of a limited range of health problems.

2) We have seen in this chapter that those who drink heavily, smoke, or use marijuana do not necessarily rate their health less highly than those who do not engage in these practices. Similarly, the *Active Health Report on Fitness, Nutrition and Safety* reported no differences in self-rated health between those with good road safety practices and those with poor road-safety practices. By way of contrast, it was reported in the latter that those Canadians who exercise regularly and have good eating habits did tend to rate their health better than those who do not.



To a certain extent, these results are much as might be expected. Regular physical activity and good nutritional habits are health enhancers – practices which may result in relatively short-term improvements in physical and mental well-being. Road safety, on the other hand, is purely a question of risk avoidance; other than a possible sense of improved security, it gives the practitioner no immediate benefit. And while avoiding cigarette smoking, or abuse of alcohol or marijuana may prevent or reduce some short-term health problems – smoker's cough, hangovers, or disrupted sleep, for example – it also is aimed predominantly at preventing future problems. On the other hand, reducing drinking, or quitting tobacco or marijuana use may in the short term mean giving up both perceived benefits and pleasures associated with use, incurring negative "withdrawal" effects and even changing deeply ingrained patterns of interrelationships and social relationships with family and friends.

This mix of perceived benefits conferred by different types of preventive activities gives us clues to the different sorts of mechanisms that can be used to promote healthful behaviour. In a very real way, preventive practices that deliver short-term health benefits are self-reinforcing – people who work out and eat well feel noticeably better; feeling better keeps them working out and eating well. These are preventive practices that can be most easily promoted on their intrinsic health value. While there will always be a need for the marshalling of community resources for fitness and nutrition, the promotion of mutual aid and the special targeting of programs to hard-to-reach groups, the bottom-line appeal of fitness and nutrition will likely always be to individual health and lifestyle enhancement.

Not so with safety on the road. Using seatbelts and avoiding drinking and driving do not confer short-term health enhancement and do not make people feel healthier. Thus, they are not intrinsically self-reinforcing practices, at least not in health terms. That is, they may make a person feel safer or more secure, but not necessarily ***healthier***. This is partly true of practices related to substance abuse, as well. While those who give up excessive use of alcohol, smoking and marijuana will likely feel some short-term improvement in their health, there is no such reinforcing outcome for those ***not beginning*** to use alcohol, tobacco or marijuana.

For activities where there is little immediate and intrinsic health benefit, it seems that a much wider range of health promotion tools may be required to make the healthy choice the easy one. Thus, we see that seatbelt use goes up substantially when it is supported by legislation. And despite many long years of trying to dissuade people from using tobacco on the basis of the consequences for health, it seems that the greatest changes in public attitudes towards tobacco in recent years have come with the emergence of tobacco use as an ethical and legislative issue – i.e. with the emergence of the grassroots movement for non-smokers' rights and the development of workplace policies. Similarly, the emergence of many public groups against drunk driving and programs like roadside breath checks, designed to get impaired drivers off the road, both reflect and promote the greatest changes in public attitudes towards drinking and driving. Here, it is the majority of Canadians with positive health habits who are instigating, supporting and even demanding individual change.

It is a constant challenge in the development of health promotion programs to try to bring the correct mix of resources and strategies to bear on any particular problem in prevention. Again, the key to the challenge is understanding the ways in which Canadians themselves view and experience health. People drink, smoke and take drugs for a variety of reasons. What is important, in this case, is that support be provided to help people improve their habits, be it for health or other reasons. ■

3 STRIVING FOR HEALTH

***In this chapter we shift our focus** from the ways in which Canadians see their health to ways in which they see their own efforts to maintain and improve their health. Again, what people are doing to improve health tells us much about how they view health and, implicitly, about the various factors, resources and barriers that affect their health.*

We find that, generally, Canadians are striving to maintain and improve their health. However, people's perceptions tend to reflect their habits – those who drink heavily, smoke, or who use marijuana are less likely than others to say that they are making an effort to maintain their health. We also find that people often do not choose priorities for further health improvement as one might expect.

Making an Effort

We have already seen that on the whole, there are only small differences in self-rated health between those people who drink heavily, smoke or use marijuana and those who do not. A clear majority of heavy drinkers, smokers and marijuana users still consider their health to be very good or excellent.

But how do these groups perceive their own efforts to be healthy? *Canada's Health Promotion Survey* asked respondents: "*Do you agree or disagree with the following statement?: Compared to most people my age, I make more of an effort to improve my health.*"

Overall, people who drank heavily, smoked or used marijuana rated their efforts lower than other Canadians on this question.

- Only 48% of those who drank more than 15 drinks per week felt that they made more of an effort, compared to 65% of those who did not drink heavily.
- Only 60% of smokers felt that they made more of an effort, compared to 71% of non-smokers.
- Only 57% of marijuana users felt that they made more of an effort, compared to 64% of non-users.

There are divergent trends evident in these contrasts. On the one hand, we find that those who engage in health-risk activities do not rate their efforts as well as those who do not share these activities. This response may indicate that people with these particular negative health habits experience a certain degree of concern about their behaviour. On the other hand, almost half of the heavy drinkers and a clear majority of smokers and marijuana users still feel that they make more of an effort. Do these people misperceive their own efforts? Do they not understand the impact of these practices on health? Or do they simply have other priorities for health enhancement?

Assessing Priorities for Change

Respondents were asked, "*What is the most important thing you feel you should do to improve your health?*" Among heavy drinkers, smokers and marijuana users, increasing exercise was the most frequent response cited by each group.

While we might assume that for heavy drinkers, smokers and marijuana users changing these behaviours should be their top priority, their choices for change are not the obvious ones. For example:

- Thirty-nine percent of heavy drinkers cited exercise, not drinking habits, as their main concern. In fact, they ranked reducing alcohol consumption as their lowest priority, with only 3% of heavy drinkers citing it as something they felt they should do.
- Thirty-four percent of smokers cited increasing exercise as the most important thing they should do to improve health. However, a substantial portion of smokers – 29% – said that quitting smoking is the most important thing they should do.
- Similarly, 32% of marijuana users believed that they should exercise more, but only 1% said that they

should reduce their drug use. Losing weight (8%) and improving eating habits (9%) were both cited more frequently than reducing drug use.

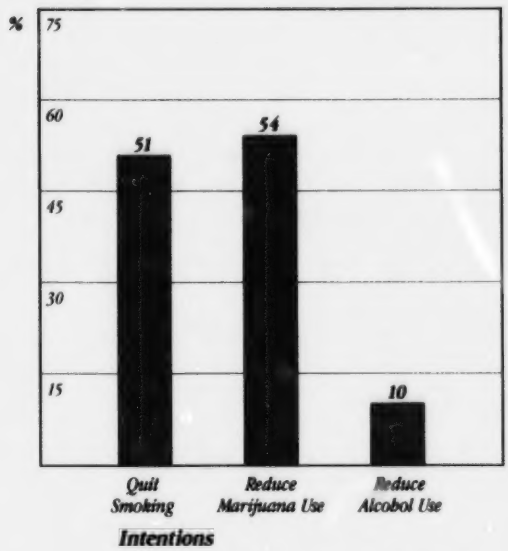
What's more, even if we accept the legitimacy of an individual's priorities, people do not always succeed in changing priorities into intentions. After being asked what they felt they *should* do to improve their health, respondents were asked what they actually intended to do in the coming year. Of those who said they should reduce their consumption of alcohol, for example, only 10% intended to do so. Of those who said they should quit smoking, only 51% intended to do so. And of those who said that they should reduce their drug use, only 54% intended to try.

Choosing among Competing Demands

Of course, what may *seem* to be an inappropriate priority may seem so only because so far in this chapter, we have looked at various preventive practices individually, in isolation from one another. However, in the real world, different behaviours connect in different ways, patterns occur in relationships among various practices. Individuals are subject to competing demands for change. Thus, it *should* not be surprising to us that individuals often set priorities that are different from what we might expect. In order to understand the priorities people set, it is necessary to look at constellations of behaviour. For example:

- Among heavy drinkers, 45% did not exercise on a regular basis, 18% used marijuana, 53% smoked and 45% reported drinking and driving.
- Among smokers, 51% did not exercise on a regular basis, 8% used sleeping pills or tranquillizers, 10% used marijuana and 17% reported drinking and driving.
- Among marijuana users, 66% did not exercise regularly, 7% used sleeping pills or tranquillizers, 10% used stimulants, 27% drank heavily, 37% reported drinking and driving, and 60% said that they smoked cigarettes. ■

Fig. 3a
Intentions to Change

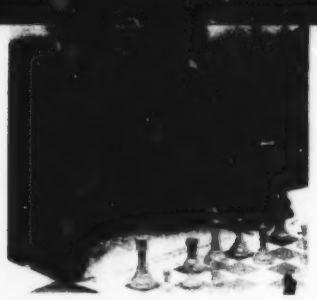


The graph shows the percentage of those who feel they ought to make a certain change and who actually intend to try to make the change.

Reasons for Changes Made[3]

Respondents were asked whether there were reasons other than health reasons for making the changes they had made in the previous year. Clearly, people might have quite varied reasons for the changes they make. Non-health reasons can include factors as varied as peer pressure, family responsibilities, job concerns, or social dictates. Someone might reduce alcohol use because of the effect it is having on his or her work, another person might exercise more because he or she has joined a club primarily for social reasons. A person could decide to lose weight because of the stigma associated with overweight in our culture. With the proliferation of no smoking workplace policies, for instance, some Canadians are forced to quit or reduce their smoking regardless of what they may believe about the health risks of tobacco.

Among those who have cut down their alcohol consumption, for example, 67% named non-health reasons; 43% of those who reduced their drug use cited non-health reasons, as did 30% of those who have stopped smoking.



Support for Government Action

Respondents were read a list of health topics and asked to rate on a scale of 1 to 10 how important they thought it was for government to deal with each. A rating of 1 to 3 signified "not very important" and a rating of 8 to 10 signified "very important." The results indicate strong support – amounting almost to a demand – for a prominent government role relating to alcohol, tobacco and drug abuse.

Action by Government

	Not Very Important	Very Important
Accident Prevention on the Road	3%	78%
Drug Use	5%	74%
Alcohol Problems	5%	70%
Smoking	11%	54%

Governments at all levels, the voluntary health sector, the private sector and communities have responded with legislation restricting tobacco advertising and smoking in the workplace, co-operative long-term programs like the National Drug Strategy and innovative community-based initiatives.

ISSUES AND CHALLENGES

1) In this chapter we find some quite clear differences between those who drink heavily, smoke and use marijuana, and those who do not. In each case, the latter are considerably more likely than the former to say that they are making more of an effort to improve their health. This is in marked contrast to the results of the previous chapter, where we found that the user and non-user groups did not rate health itself very differently. The results here suggest that many heavy drinkers, smokers and marijuana users are aware of the significance of these activities for health and feel concern and perhaps even an element of self-blame, because they have not yet changed their habits.

2) While it is gratifying to see that most Canadians view their health as something changeable and something worth changing and to find that most feel there are things they could be doing to improve their health, concern must be expressed over respondents' priorities for change. Overwhelmingly, among those who feel that there is something they *should* be doing to improve their health, increased levels of physical activity are the first priority.

Apparently, in the battle for people's priorities, fitness is winning. Has fitness, in effect, been *oversold* to Canadians? Or is it simply the leading edge of healthful change? Do people prefer it for its social aspects, or does it just seem easier or more pleasant than other healthful activities? Whatever the reasons, it is not clear that exercise should be nearly everyone's first priority. For the person who drinks heavily, who smokes cigarettes or who uses marijuana, exercise may not be the most important area to work on. As health professionals, we must help people to set reasonable and attainable goals and priorities, according to their own needs.

3) Interestingly, many respondents cited non-health reasons for health-related changes in behaviour in the previous year. This may seem strange to some, but it really isn't. Individuals change their habits only within the whole complex web of their life circumstances.

Thus, health objectives may not always top the list when people decide to alter their habits. For example, a heavy smoker may decide to quit smoking, not to reduce health risks, but to avoid the mounting stigma associated with smoking, or to try to comply with new workplace smoking rules. Extrinsic reasons for healthful behavioural change can represent a tremendous motivational resource. They open the way for health promotion strategies based upon environmental change, mutual aid and informed self-care. Fitness, for example, has already been promoted widely not just as a ***health*** activity, but also as a *social* activity. Campaigns against smoking, drug use and impaired driving are now portraying the social undesirability of such behaviours. Yes, Canadians do need to be aware of the health consequences of different sorts of behaviour. It does not follow, however, that health is the only reason for changing one's habits.

4) Overall, less than half of those reporting that there is something they *should* be doing to improve their health have any intention of doing it. Of those, we can assume that even fewer will succeed. This is particularly troubling in the case of smokers. Thirty percent of regular smokers feel that they should quit; less than half of these intend to try to do so; and of those who try, even fewer will succeed. Clearly, people are aware of the importance of avoiding health risks. Just as clearly, we can see that awareness is not, in and of itself, sufficient motivation to successful action. Better *enabling* Canadians to achieve their

health aspirations will be integral to the success of future health promotion efforts.

5) Specific health habits, we see in this chapter, do not occur in isolation; they are part of an individual's whole pattern of behaviour, a pattern embedded in personal history and life circumstances. So, for example, the survey found that among those who drank heavily, 45% did not exercise, 53% smoked and 45% reported drinking and driving. Thus, heavy drinking, smoking, lack of exercise, and drinking and driving form a network of health behaviours that many Canadians share. For these people, real healthful change means not just changing one habit or another, but breaking the pattern of negative habits by altering the circumstances that support these patterns of behaviour.

We must be aware that when we ask people to give up some behaviour that is bad for their health, we are in effect asking them to make a major alteration to their patterns of socialization with family and friends. Can one easily give up drinking if the major activities of close friends entail drinking? Or smoking, if most of one's family smokes? Can one give up marijuana use and still retain the camaraderie, self-esteem and acceptance of friends who continue to use marijuana? In each case the choice is likely to be complicated and difficult.

The point is that lifestyle is not a single habit, but a pattern of complex relationships and practices, some good, some bad, that are shared with our family and friends and nurtured by our social environments. It is as much a product of the opportunities available to us and the barriers which confront us as it is a matter of unfettered individual choice. ■

AFTERWORD

This report on selected health-risk practices of Canadian adults is in many ways a study in contrasts. On the one hand, we find that for all the practices studied, the majority of Canadians report positive, healthful behaviour. It seems that the majority of Canadians understand the consequences of heavy drinking, smoking and marijuana use for health and have been able to adapt their behaviour accordingly. On the other hand, for each of the practices discussed, we also find that a very substantial minority – often a minority defined at least in part by social and life circumstances – do not report healthful behaviour: seven million adult Canadians still smoke cigarettes, two million drink heavily and a million admit to marijuana use. Despite some very positive signs of progress, therefore, *increasing prevention*, particularly as it relates to the use of alcohol, tobacco and marijuana, remains a formidable health promotion challenge.

This contrast suggests that while traditional health promotion approaches have been effective until now for many people, they may have reached a point of diminishing returns. Past approaches have depended primarily on education and persuasion to instigate individual lifestyle change. However, current approaches are beginning to focus not only on persuading but also on *enabling* them to overcome the real-world barriers they encounter to personal change. Enabling is a multi-faceted process that involves the full range of health promotion mechanisms as outlined in *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* – particularly informed self-care, mutual aid and the creation of healthy environments.

In stage one, enabling means helping people and communities to recognize the relevance of particular activities for health. As we have seen in this report, heavy drinking, smoking and marijuana use may not always be seen as important health issues by many of the people who engage in these activities. Helping people to understand the health risks for themselves and their communities of heavy drinking, smoking and drug use is thus a necessary first step in enabling them to assess their health needs.

Stage two of enabling is helping people and communities to select priorities for healthful change that are personally relevant, appropriate and attainable. In Chapter 3, we saw that people did not always choose priorities for change that might be expected on the basis of their health habits: increasing exercise was overwhelmingly the first priority of heavy drinkers, smokers and marijuana users. Is exercise really a sub-optimal priority for these Canadians? Or do they simply perceive it as much more attainable? Should efforts be made to convince them that their priorities are wrong? How can the perceived costs of continuing to smoke, for example, or the perceived benefits of quitting, be modified to make them more appealing to, or attainable by, the individual? Again the full range of mechanisms identifed in the Framework – self-care, mutual aid and supportive environments – are likely to be required.

Stage three of enabling is equipping people and communities with the resources and skills required to effect change and to overcome barriers to better health. Thus we see in Chapter 3 that despite an evident desire to quit smoking, many smokers show no intention to make the effort. In part, this may be due to a lack of individual resources, knowledge and skills that would allow them to transform their desires into concrete action. In part, it may also reflect a belief that this may not be perceived as the most appropriate or attainable change for them, or the fact that the barriers to change may be too substantial for the individual to overcome alone. This chapter also alerts us to the fact that many of the most important mechanisms for change lie outside the direct control of individuals on

the one hand and the public health field on the other. We must avail ourselves of the full range of mechanisms and strategies if we truly are to enable individuals and communities to make the healthy choice the easy one.

Finally, stage four of enabling is creating supportive environments wherein healthy choices are easy choices and unhealthy choices are less appealing. We see, for example, that for most of the activities studied in this report, individual behaviour is strongly and directly related to the behaviour of family and friends. Thus, the building of social consensus around certain activities – as we have seen happening recently with the mounting public disapproval of smoking and of drinking and driving – should contribute greatly to individual behavioural change.

In creating supportive environments, the report suggests that two implementation strategies are likely to be especially relevant: fostering public participation and co-ordinating healthy public policy. We found that it is the majority with good habits that are on the leading edge of change. Increasing their participation and empowering them to implement meaningful changes in their homes, their communities and their places of work is likely to be integral to future progress.

The same holds true for co-ordinating healthy public policy. As we have seen, many of the factors that influence alcohol, tobacco and marijuana use, lie outside the direct control of individuals and/or public health workers. The full range of mechanisms must be invoked for the full potential to be realized. We already see this happening with co-ordinated national programs relating to alcohol use, tobacco and drug use and drinking and driving, but there is still room for further expansion and involvement.

This process of enabling does not replace earlier health promotion approaches; rather, it puts them in a broader context. Moreover, it shows the interrelationship of the health promotion mechanisms detailed in *Achieving Health for All*. Increasing prevention, as we face the task today, requires that we simultaneously invoke strategies to enhance self-care, mutual aid and supportive environments. It is the special value of this report that it shows some of the ways in which these challenges are related. ■

LE RAPPORT

ACTION

Nos conceptions et nos actions

Action Santé : alcool, tabac et marijuana

Canada

Publication autorisée par
le ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social, 1989

Also available in English under the title
"Active Health Report on Alcohol, Tobacco and Marijuana"

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de catalogue H39-145/1989F
ISBN 0-662-95356-8

L E R A P P O R T

ACTION

Nos conceptions et nos actions

Action Santé : alcool, tabac et marijuana

Table des matières

Introduction 3

Chapitre **1**

Les usagers 5

Chapitre **2**

La santé auto-évaluée 13

Chapitre **3**

La recherche de la santé 18

Conclusion 22

Introduction

Le rapport *Action Santé: alcool, tabac et marijuana* constitue l'un des deux rapports axés sur la prévention faisant suite à l'Enquête Promotion Santé Canada. L'autre est le rapport *Action Santé: forme physique, alimentation et sécurité*. Comme le précédent rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985*, ces deux rapports reflètent bien les idées contenues dans *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*.

Les deux rapports prennent comme point de départ les principales questions soulevées dans le rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985*, qui tentait de voir comment les Canadiens évaluent leur propre santé et de quelle façon la santé auto-évaluée est liée à leurs connaissances, attitudes et croyances en matière de santé, de même qu'à leur statut économique et à leur environnement social. Qu'entendent les Canadiens par «santé»? Comment évaluent-ils leurs efforts pour maintenir ou améliorer leur santé? Qu'aimeraient-ils changer dans leurs comportements et quelles sont les contraintes qu'ils rencontrent dans leur recherche de la santé?

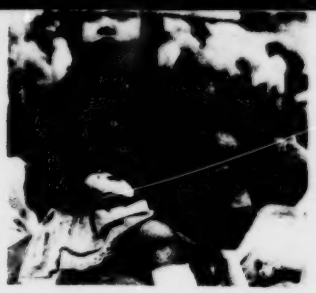
Trois des conclusions du rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985* sont particulièrement importantes. D'abord, la majorité des Canadiens veulent améliorer leur santé. Même parmi les répondants qui évaluent leur santé comme très bonne ou excellente, beaucoup ont donné des façons par lesquelles ils pourraient améliorer leur santé. Au total, 67 p. 100 de tous les répondants à l'enquête pensent qu'ils devraient faire quelque chose pour améliorer leur santé.

Ensuite, le rapport *Action Santé* montre non seulement que les gens veulent améliorer leur santé, mais aussi qu'ils ont le sentiment d'y travailler. Soixante-quatre pour cent des répondants estiment faire plus d'efforts que la plupart des gens de leur âge pour améliorer leur santé, sentiment d'ailleurs souvent justifié puisque 68 p. 100 d'entre eux ont posé des gestes concrets, au cours de l'année précédant l'enquête, pour améliorer leur santé.

Enfin, le rapport *Action Santé* montre que les gens qui persistent dans leurs habitudes néfastes ou refusent d'adopter de meilleures habitudes ne le font pas parce qu'ils manquent d'information, ont une mauvaise attitude ou ignorent les conséquences de ces mauvaises habitudes. La plupart des gens qui persistent dans leurs mauvaises habitudes le font généralement malgré qu'ils soient conscients des conséquences et malgré leur désir de changer.

Comme l'indique le rapport *Action Santé*: «Ce profil des Canadiens, dont la majorité s'efforce de... conserver ou retrouver la santé, diffère grandement des premières campagnes de promotion de la santé... Quelles que soient les raisons des différences actuelles, on attribue la mauvaise santé actuelle à l'effet des habitudes des gens (c'est-à-dire leur style de vie) pour enfin conclure que la population est soit mal informée en matière de santé, soit insuffisamment sensibilisée ou peu motivée pour appliquer les mesures correctrices. L'Enquête Promotion Santé Canada démontre que... la majorité des Canadiens affirment se soucier de leur santé et être motivés à agir dans ce domaine.»

Pour les professionnels de la santé, il ne s'agit pas seulement d'éduquer les Canadiens à la santé et de les motiver à adopter de meilleures habitudes de vie. Bien que l'éducation et la motivation demeurent essentielles dans la promotion de la santé, il faut trouver de nouvelles façons d'aider les gens à vaincre les obstacles qui les empêchent de vivre en santé. Bref, ***comment permettre aux Canadiens de réaliser leurs aspirations en matière de santé?*** C'est à cette question, plus qu'à toute



***L'Enquête Promotion Santé Canada est une enquête** téléphonique entreprise par la Direction de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada et menée par Statistique Canada au mois de juin 1985. L'enquête a eu recours à la composition automatique de numéros pris au hasard partout au Canada. Le taux de réponse a été de plus de 80 p. 100. Plus de 11 000 Canadiens adultes ont répondu à 109 questions couvrant 250 éléments d'information, ce qui a permis la création d'une énorme base de données qui devrait fournir d'utiles connaissances pendant nombre d'années.*

En dépit de son importance et de son champ, l'enquête avait des limites notables que ne doit pas oublier le lecteur. D'abord, l'enquête portait sur les Canadiens qui n'étaient pas à la charge des institutions, que ce soit les hôpitaux ou les centres de soins de longue durée. De plus, même si le champ de ses intérêts était très vaste, elle ne pouvait aborder tous les sujets touchant à la santé. Ainsi, des sujets importants comme l'hygiène dentaire et la sexualité, pour ne donner que deux exemples, en furent exclus. Enfin, cette enquête étant téléphonique, elle excluait de ce fait les 3 p. 100 des Canadiens qui n'ont pas le téléphone. Si ce fait n'affecte guère l'image générale, il est cependant significatif par la relation, que le présent document illustre, entre la situation matérielle et la santé.

autre, que s'intéressent ces deux rapports axés sur la prévention.

Ces deux rapports rejoignent la problématique abordée dans le chapitre 3 du rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'enquête Promotion Santé Canada 1985*. Le présent rapport touche à l'alcool, au tabac et à la marijuana. Dans nos efforts de promotion de la santé sur ces questions, nous incitons les gens à *délaisser* des habitudes néfastes et depuis longtemps acquises. Par ailleurs, en faisant la promotion de la bonne forme physique, d'une saine alimentation et de saines pratiques en matière de sécurité, nous voulons encourager les Canadiens à *adopter* des habitudes saines pour prévenir la maladie ou améliorer la santé dans l'immédiat ou l'avenir. Si, d'un point de vue médical, cette distinction semble superflue, elle est utile sous l'angle de la promotion de la santé parce que la prévention s'appuie toujours fortement sur la modification des comportements tant des individus que des groupes et des collectivités.

Le rapport *Action Santé: forme physique, alimentation et sécurité* comporte trois chapitres.

Dans le chapitre 1, intitulé *Les usagers*, nous voyons qui sont les Canadiens qui fument la cigarette, boivent de l'alcool ou consomment de la marijuana régulièrement et si leur nombre a augmenté ou diminué au cours des dernières années. Nous constatons que, bien que la majorité des Canadiens ne fassent pas un usage régulier de ces produits, une minorité importante encoure des risques pour la santé en le faisant.

Dans le chapitre 2, intitulé *La santé auto-évaluée*, nous établissons un parallèle entre ceux qui boivent beaucoup ou consomment beaucoup de tabac ou de marijuana, et ceux qui ne font pas usage de ces produits, à la lumière de quatre facteurs: la santé auto-évaluée, les limites d'activité, le degré de stress et le bonheur. Il est quelque peu surprenant de constater que ceux qui consomment ces produits n'estiment pas que leur santé est moins bonne que celle des non-utilisateurs.

Dans le chapitre 3, intitulé *La recherche de la santé*, plutôt que de nous intéresser à la perception qu'ont les gens de leur santé actuelle, nous voyons comment ils perçoivent les efforts qu'ils déploient pour améliorer leur santé et quelles sont leurs intentions pour l'avenir. Bien qu'une majorité de Canadiens estiment faire des efforts considérables pour maintenir ou améliorer leur santé, beaucoup rencontrent des obstacles qui les empêchent de réaliser le changement souhaité.

Ces informations sont importantes à deux titres. Premièrement, elles tendent à confirmer de diverses façons que l'approche pour accroître la prévention préconisée dans *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé* est fondée. Cela démontre que les comportements sains – ne pas fumer, boire modérément et ne pas consommer de drogues illicites – constituent maintenant la norme sociale au Canada. Par ailleurs, malgré des progrès encourageants, nous constatons qu'un grand nombre de Canadiens fument encore la cigarette, boivent à l'excès et consomment de la marijuana. Cela nous permet de croire qu'en l'absence de support social, les initiatives dirigées vers la modification des comportements individuels ont peut-être atteint leur limite d'efficacité. Les gens qu'il nous reste à rejoindre rencontrent peut-être des contraintes sociales et environnementales qui les empêchent de changer. Cela suggère que des stratégies fondées sur l'autonomie, l'entraide et les changements sur le plan de l'environnement sont maintenant plus nécessaires et plus possibles que jamais.

Deuxièmement, ces données nous aident à mieux cerner les processus qui permettront un changement réel, à savoir, de comprendre les mesures requises pour amorcer et appuyer de nouvelles façons d'accroître la prévention. Cela nous permettra d'aider les personnes et les groupes à mieux comprendre de quelles façons la consommation d'alcool, de tabac et de drogues peut influencer leur santé; à établir leurs propres priorités en matière de santé; à leur fournir les ressources nécessaires pour surmonter les obstacles; à développer des environnements sains qui les amèneront à adopter naturellement des comportements favorisant la santé.

Tout cela, bien sûr, n'est pas nouveau. Comme dans les autres rapports issus de l'Enquête Promotion Santé Canada, notre objectif est d'utiliser les données de l'enquête pour préciser, de façon concrète, des stratégies en matière de promotion de la santé. La principale qualité de ce rapport est de rendre plus concrète la notion de prévention telle que présentée dans *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. ■

1

Les usagers

L'alcool, le tabac et la marijuana sont depuis longtemps reconnus comme sources potentielles de problèmes pour la santé et des milliers de Canadiens en paient le prix.

Les conséquences de ces comportements ne sont pas qu'individuelles, mais s'étendent à toute la société canadienne. L'usage de l'alcool, du tabac et de la marijuana peut compromettre non seulement la santé de l'usager, mais également celle d'autres personnes, par exemple, par la fumée indirecte du tabac ou les accidents causés par la conduite avec facultés affaiblies. La dépendance à l'égard de ces produits peut entraîner des problèmes au sein de la famille ou avec les amis. Et, bien sûr, le coût des traitements pour des maladies dues à l'usage de ces produits se chiffre à des centaines de milliers de dollars pour les services de santé.

Pour la promotion de la santé, la prévention des problèmes de santé liés à la consommation de ces produits constitue un défi important. Au cours des récentes années, les efforts et les programmes de prévention les plus significatifs ont été mis sur ces questions. Par exemple, les gouvernements et les groupes de pression ont travaillé ensemble en vue de limiter l'usage du tabac au travail et dans les lieux publics, de façon à prévenir les effets de la fumée indirecte sur les non-fumeurs. Dans les écoles, on a mis sur pied des programmes de soutien basés sur l'entraide pour aider les jeunes à ne pas développer l'habitude du tabac et de la marijuana. Dans l'industrie hôtelière, certains programmes mettent à contribution les serveurs afin d'inciter les gens à ne pas boire de façon excessive et, lorsque les clients ont trop bu, de voir à ce qu'ils ne conduisent pas un véhicule motorisé.

Cette question de la consommation d'alcool, de tabac et de marijuana est intéressante non seulement en regard des défis qu'elle pose en matière de prévention, mais aussi en regard du type d'initiatives qui ont été prises pour combattre cette consommation.

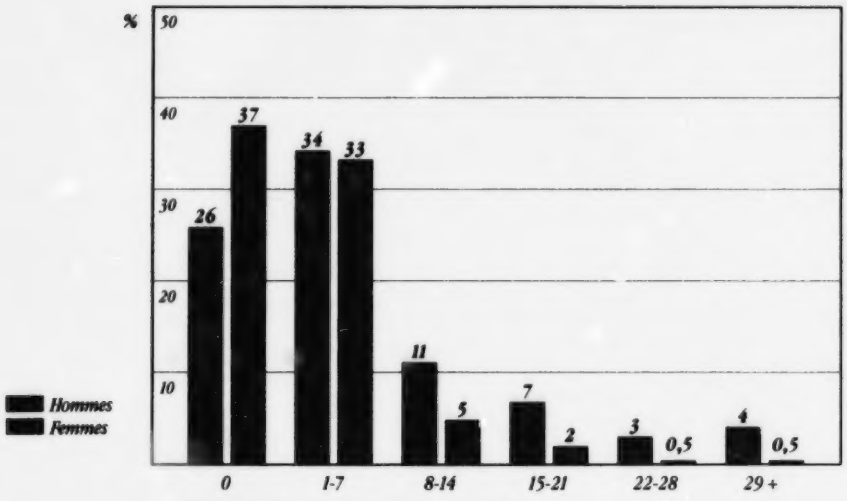
Dans ce rapport, nous nous attachons d'abord aux usagers, à ceux qui consomment du tabac ou de la marijuana, ou qui boivent de façon excessive. Tout répondant qui, à l'enquête, déclarait fumer des cigarettes régulièrement ou occasionnellement est considéré comme usager. Tout répondant qui a dit avoir consommé de la marijuana au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête est considéré comme un usager de ce produit. Enfin, tout répondant qui a déclaré avoir pris 15 consommations ou plus durant la semaine précédant l'enquête est considéré comme un buveur excessif.

Dans une certaine mesure, ces définitions sont arbitraires puisqu'il n'existe pas de critères absolus. Par exemple, il n'est pas nécessaire qu'une personne prenne 15 consommations par semaine pour augmenter le risque d'avoir un accident en raison de facultés affaiblies. Le but de ce rapport n'est pas de fournir des renseignements sur divers types de comportements ou les degrés de consommation des produits concernés. Il entend plutôt montrer comment les usagers de ces produits

***L'Enquête Promotion Santé Canada** interrogeait les répondants sur leur consommation d'alcool, de tabac et de marijuana. On leur a demandé à quelle fréquence ils consomment de ces substances et en quelles quantités. Dans ce chapitre, nous tentons de voir si les habitudes de consommation de ces produits ont changé au cours des dernières décennies.*

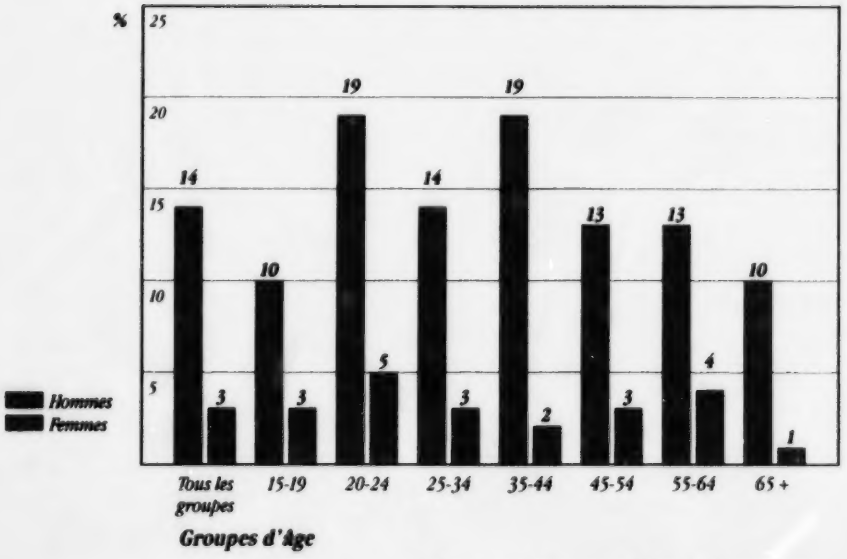
De façon générale, l'enquête montre que la majorité des Canadiens boivent modérément, que la consommation de tabac continue de diminuer et que l'usage de la marijuana est relativement peu répandu. Cependant, bien que la proportion de fumeurs continue de diminuer, plus du tiers des Canadiens fument encore. En outre, de plus en plus de femmes, notamment chez les jeunes, fument. Enfin, bien que la consommation excessive d'alcool constitue un problème social sérieux, la proportion de gens qui boivent de l'alcool n'a pas diminué depuis une étude sur cette question menée en 1978.

fig. 1a*
Consommations par semaine selon le sexe



Bien que les Canadiens affirment boire modérément, les hommes ont tendance à boire plus que les femmes.

fig. 1b
Consommation excessive selon l'âge et le sexe



Dans tous les groupes d'âge, les hommes ont plus tendance que les femmes à boire de façon excessive.

perçoivent leur santé et les conséquences sur cette dernière de la consommation de ces produits. Il entend aussi montrer comment ces gens perçoivent les efforts qu'ils font pour améliorer leur santé.

Les buveurs excessifs

On a établi un lien entre l'abus d'alcool et plusieurs maladies telles que les maladies du foie, les maladies du coeur, divers types de cancer, les ulcères et certaines anomalies du fœtus. Ce comportement est aussi l'un des facteurs associés à certains problèmes sociaux, comme la violence familiale, le chômage et la criminalité. On estime que l'alcool est responsable d'environ 50 p. 100 de tous les accidents mortels de la route et de 30 p. 100 des blessures de tous types.

Toute consommation d'alcool peut entraîner des risques pour la santé et il n'existe pas un niveau limite de consommation à partir duquel la santé d'une personne est en danger. Dans ce rapport, nous nous intéressons à un groupe particulier de buveurs excessifs : ceux qui prennent 15 consommations ou plus par semaine et qui, de ce fait, courent plus de risques.

À la question « *Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs ou d'autres boissons alcoolisées?* », 81 p. 100 des répondants ou répondu « oui ». De façon générale, il semble que la vaste majorité des Canadiens fassent preuve de modération. Parmi ceux qui ont dit avoir consommé de l'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête, la consommation moyenne était d'environ cinq consommations.

Cependant, environ 8 p. 100 des répondants ont bu excessivement durant la semaine précédant l'enquête.

* *Le graphique ne fait pas état des 19% qui n'ont jamais bu ou qui ont cessé de boire. Les pourcentages sont toutefois fondés sur l'ensemble des répondants. Certains pourcentages dans les graphiques, diagrammes et tableaux ont été arrondis et ne totalisent pas 100.*

c'est-à-dire qu'ils ont pris 15 consommations ou plus.

L'enquête montre que les habitudes de consommation d'alcool sont encore très différentes selon le sexe. Dans tous les groupes d'âge, plus d'hommes que de femmes boivent. Neuf pour cent des hommes indiquent boire tous les jours contre 5 p. 100 des femmes. La moyenne hebdomadaire pour le nombre de consommations est de 7,3 chez les hommes et de 2,8 chez les femmes. Plus de 14 p. 100 des hommes disent prendre 15 consommations ou plus par semaine, contre environ 3 p. 100 des femmes. Pour les deux sexes, la proportion de buveurs excessifs est la plus basse chez les plus jeunes et les plus âgés. La consommation tend à diminuer avec l'âge.

Comme pour l'usage du tabac, les habitudes de consommation d'alcool sont profondément influencées par la famille et les amis. Une personne dont les amis boivent à l'excès est neuf fois plus susceptible qu'une autre de boire elle-même à l'excès, alors qu'une personne dont la plupart des amis ne boivent pas n'a qu'une seule chance sur 25 d'être elle-même un buveur excessif.

L'enquête établit une relation directe entre d'une part la consommation excessive d'alcool et d'autre part les revenus et l'instruction. Alors qu'environ 13 p. 100 des gens dont le revenu est dans la moyenne supérieure ou élevé disent boire à l'excès, cela n'est vrai que pour environ 4 p. 100 des gens très pauvres ou pauvres. De plus, ceux qui ont un diplôme secondaire ou postsecondaire sont plus susceptibles d'être des buveurs excessifs (environ 10 p. 100) que les gens moins instruits (environ 7 p. 100).

Les habitudes de consommation d'alcool des Canadiens adultes semblent avoir peu changé au cours des sept dernières années. Lors de l'Enquête Santé Canada, en 1978-1979, 80 p. 100 des répondants disaient avoir consommé de l'alcool durant les douze mois précédant l'enquête. Cette proportion a augmenté de seulement 1 p. 100 lors de l'enquête de 1985. Cependant, en ce qui concerne la consommation excessive d'alcool, il existe plusieurs différences entre les deux enquêtes. En 1978-1979, 22 p. 100 des hommes dans l'Enquête Santé Canada indiquaient boire à l'excès, comparativement à seulement 14 p. 100 des hommes dans l'Enquête Promotion Santé en 1985. On constate également une diminution chez les femmes, dont 5 p. 100 buvaient à l'excès en 1978-1979, comparativement à 3 p. 100 en 1985. Qu'elle soit réelle ou le reflet d'un changement social (par exemple, une tendance à ne pas avouer une consommation excessive), on enregistre une diminution. Quoi qu'il en soit, il est encourageant de constater que la consommation excessive d'alcool diminue, ou du moins, qu'elle est socialement moins acceptable.

Les fumeurs

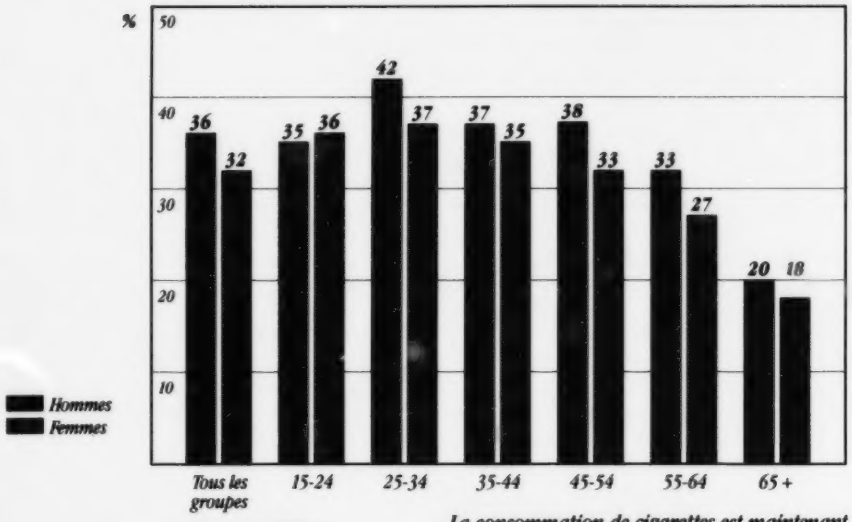
L'usage du tabac est la principale cause de maladie et de décès évitable au Canada, et on estime qu'environ 35 000 personnes en meurent chaque année. Les problèmes de santé liés à l'usage du tabac sont nombreux et incluent plusieurs formes de cancer, des maladies coronariennes, l'emphysème, la bronchite, les ulcères d'estomac et d'autres maladies des systèmes cardiovasculaire et respiratoire.

Aussi, il est de plus en plus admis que la fumée indirecte – celle que les gens respirent dans l'air ambiant en la présence d'un fumeur – donne prise à certaines maladies. Des recherches récentes indiquent que la fumée indirecte peut être l'une des causes de décès prématuré.

L'Enquête Promotion Santé Canada démontre que, bien que le nombre de fumeurs ait beaucoup diminué depuis 1965, 34 p. 100 des Canadiens fument encore, et la plupart d'entre eux régulièrement.

À la question « ***Fumez-vous la cigarette de façon régulière, c'est-à-dire habituellement tous les jours, ou occasionnellement, pas tous les jours?*** », 30 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré fumer régulièrement,

fig. 1c
Consommation de cigarettes selon l'âge et le sexe



La consommation de cigarettes est maintenant presque aussi fréquente chez les femmes que chez les hommes. Parmi les 15 à 24 ans, il y a même plus de femmes que d'hommes qui fument.

soit tous les jours. Quatre pour cent ont dit fumer occasionnellement.

L'enquête confirme également que les femmes fument maintenant la cigarette presque autant que les hommes. En effet, 32 p. 100 d'entre elles fument, contre 36 p. 100 des hommes. Chez les 15 à 24 ans, la proportion de femmes qui fument (36 p. 100) est même supérieure à celle des hommes (35 p. 100).

L'usage du tabac est le plus fréquent chez les gens de 25 à 34 ans, dont 40 p. 100 fument. Seulement 19 p. 100 des gens de 65 ans et plus fument, soit la plus faible proportion de tous les groupes d'âge. Il peut s'agir d'un phénomène de génération, à savoir que moins de gens de cet âge ont pris l'habitude de la cigarette, ou cela peut s'expliquer par le fait que beaucoup de personnes de cet âge sont décédées en raison de leur usage du tabac. Cela peut également témoigner du nombre important d'adultes, particulièrement des hommes, qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières décennies.

La popularité du tabac au sein de la société canadienne n'est plus ce qu'elle était autrefois. En 1965, une étude menée par Statistique Canada indiquait que 50 p. 100 des Canadiens fumaient. En seulement vingt ans, cette proportion a diminué de 16 points de pourcentage. Cela est très encourageant, mais on doit se préoccuper du fait que cette diminution est beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes. En effet, entre 1965 et 1985, la proportion de fumeurs a diminué de 20 points de pourcentage chez les hommes, mais de seulement 1 point chez les femmes.

L'usage du tabac est intimement lié aux situations de la vie, aux politiques sur le sujet en milieu de travail et en particulier à l'environnement social immédiat (c'est-à-dire la famille et les amis). Par exemple, l'enquête démontre qu'une personne dont les amis fument est sept fois plus susceptible de fumer qu'une personne dont les amis ne fument pas. Dans un couple, si l'un des deux conjoints fume, l'autre est deux fois et demie plus susceptible de fumer.

Par ailleurs, l'enquête établit une relation moins nette entre d'une part l'usage du tabac et d'autre part l'instruction et le revenu. En fonction de l'instruction, les répondants ont été regroupés en quatre catégories : études primaires ou moins, études secondaires non complétées, études secondaires complétées et enfin études postsecondaires. Trente-neuf pour cent de ceux qui ont au plus terminé leurs études primaires fument, contre une moyenne d'ensemble d'environ 32 p. 100 pour les trois autres groupes. On a aussi regroupé les répondants en cinq catégories, cette fois en fonction de leur revenu familial : très pauvres, pauvres, moyenne inférieure, moyenne supérieure et enfin revenu élevé. Les gens très pauvres (45 p. 100) et les gens dont le revenu est élevé (40 p. 100) fument plus que les gens des trois autres groupes.

Les consommateurs de marijuana

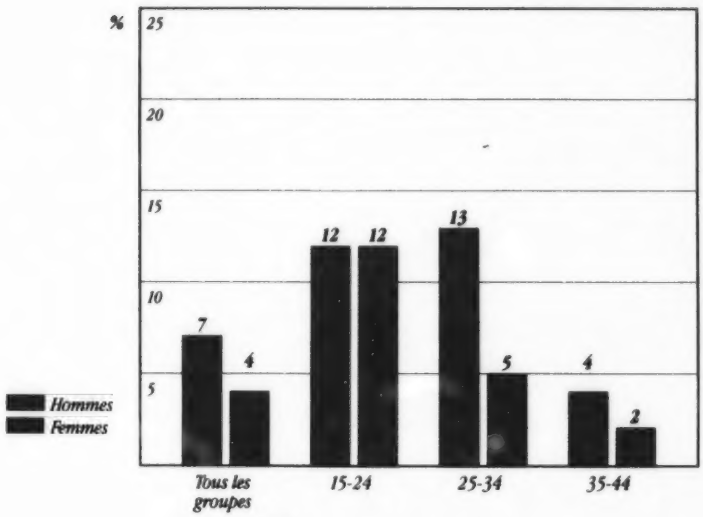
Bien que les conséquences pour la santé de la consommation de marijuana ne soient pas parfaitement connues, il est généralement admis que, sur une longue période, elle entraîne des risques sérieux. Une seule cigarette de marijuana produit deux fois plus de goudron qu'une cigarette de tabac fort. Comme le fumeur de tabac, le fumeur de marijuana augmente les risques de cancer du poumon aussi bien que des maladies respiratoires telles que la bronchite et l'asthme. D'autres effets nocifs permanents de la marijuana font présentement l'objet de recherches. La marijuana peut par exemple affecter le système reproducteur de l'être humain. Elle affecte également la mémoire et la concentration, bien que les problèmes sur ce plan semblent se résoudre lorsque la consommation cesse.

La marijuana a des effets nocifs importants sur le comportement et le fonctionnement cérébral. Elle influence le jugement, la coordination motrice et la capacité d'attention. Bien que la nature et l'étendue des effets des drogues ne soient pas encore clairement établies, on croit qu'elles augmentent les risques d'accidents lors de certaines activités potentiellement dangereuses comme la conduite d'une automobile ou le fonctionnement d'une machine.

Bien que les effets de la consommation occasionnelle ne soient pas bien connus, nous avons choisi de porter notre attention sur les Canadiens qui ont dit avoir fumé quelque quantité que ce soit de marijuana au cours de l'année précédant l'enquête. Encore une fois, notre but est de montrer la perception que les Canadiens ont de leur santé, et *non pas* de fournir des données scientifiques sur les dangers de la consommation de marijuana.

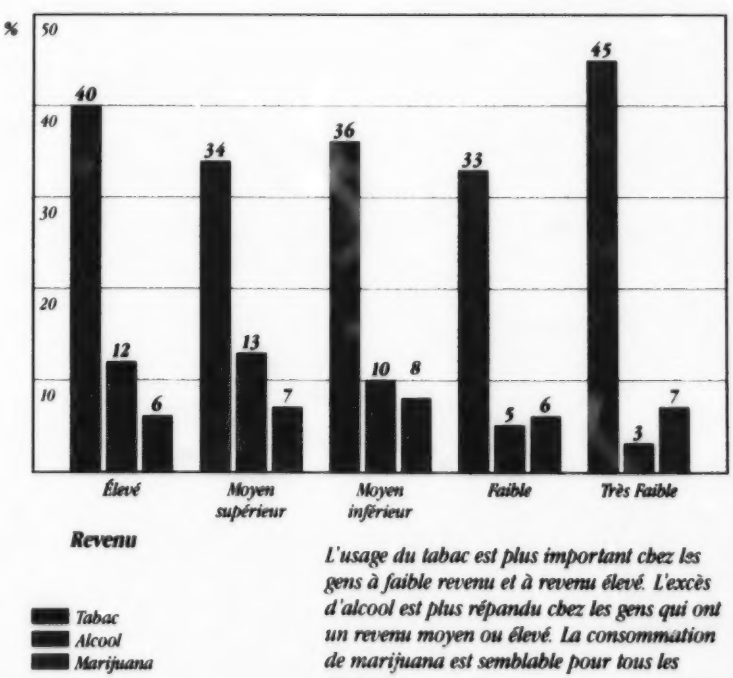
On a demandé aux répondants : « *Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de la marijuana ou du haschisch?* » En tout, seulement 6 p. 100 ont indiqué

fig. 1d
Consommation de marijuana ou de haschisch selon l'âge et le sexe



Les jeunes forment la majorité des consommateurs de marijuana, et plus d'hommes que de femmes en consomment.

fig. 1e
Consommation selon le revenu



L'usage du tabac est plus important chez les gens à faible revenu et à revenu élevé. L'excès d'alcool est plus répandu chez les gens qui ont un revenu moyen ou élevé. La consommation de marijuana est semblable pour tous les groupes.

Le changement des attitudes sociales

Les attitudes sociales et la tolérance face à la consommation d'alcool, de tabac et de marijuana semblent évoluer, mais plus pour certains groupes de Canadiens que pour d'autres. De plus en plus, les non-fumeurs expriment leur inconfort face à la fumée indirecte de la cigarette; ceux qui boivent modérément ou pas du tout expriment leur inquiétude face à la consommation excessive d'alcool; et ceux qui ne consomment pas de drogues illicites dénoncent de plus en plus ouvertement la consommation de ces drogues. Ainsi, ceux qui ont des attitudes et des habitudes de vie saines, c'est-à-dire la majorité des Canadiens, sont les instigateurs de ce changement.

	Sont d'accord
La plupart des gens ne voient aucun mal à ce que l'on s'enivre de temps à autre.	
Ceux qui ne boivent pas	*35 %*
Ceux qui boivent modérément	*49 %*
Ceux qui boivent à l'excès	*63 %*
Il est très important que l'État intervienne face aux problèmes liés à l'alcool.	
Ceux qui ne boivent pas	*72 %*
Ceux qui boivent modérément	*72 %*
Ceux qui boivent à l'excès	*51 %*
La plupart des non-fumeurs ne sont pas ennuyés lorsque d'autres personnes fument en leur présence.	
Non-fumeurs	*27 %*
Fumeurs	*44 %*

	Sont d'accord
Il est très important que l'État intervienne en matière de consommation de tabac.	
Non-fumeurs	*59 %*
Fumeurs	*43 %*
Fumer occasionnellement de la marijuana peut affecter la santé physique ou mentale d'une personne.	
Non-fumeurs de marijuana	*63 %*
Fumeurs de marijuana	*30 %*
Il est très important que l'État intervienne en matière de drogue.	
Non-fumeurs de marijuana	*76 %*
Fumeurs de marijuana	*48 %*

L'action de l'État est jugée importante, mais elle aura peu d'impact sans une participation active des citoyens. Comment amener les Canadiens, dont la majorité ont des habitudes saines, à soutenir cette action dans leur foyer, leur environnement social et leur milieu de travail?

avoir fait usage de ces produits durant l'année précédant l'enquête.

Les jeunes forment la majorité des usagers. La proportion la plus élevée (12 p. 100) se retrouve chez les 15 à 24 ans, puis les 25 à 34 ans (9 p. 100). Ensemble, les personnes de 15 à 34 ans forment 84 p. 100 des consommateurs de marijuana.

Dans l'ensemble, plus d'hommes que de femmes (7 p. 100 contre 4 p. 100) consomment de la marijuana ou du haschisch. La différence est plus marquée chez les gens de 25 à 34 ans, dont presque trois fois plus d'hommes que de femmes font usage de ces produits (13 p. 100 contre 5 p. 100). Chez les jeunes de 15 à 24 ans, la proportion d'hommes et de femmes est la même.

Comme pour le tabac et l'alcool, la consommation de marijuana est intimement liée aux gestes posés par la famille et les amis. L'enquête montre qu'une personne dont les amis fument de la marijuana est 53 fois plus susceptible d'en fumer elle-même qu'une personne dont les amis n'en fument pas. Une personne dont le conjoint en fume est 42 fois plus susceptible qu'une autre d'en fumer elle-même. Si aucun ami d'une personne n'en consomme, la probabilité qu'elle-même en consomme n'est que de 1 sur 100.

L'usage de la marijuana est lié à l'instruction. Alors que 5 p. 100 des gens qui ont un diplôme d'études secondaires et 7 p. 100 de ceux qui ont une instruction supérieure fument de la marijuana, ce n'est le cas que pour 1 p. 100 de ceux qui n'ont fait que des études primaires ou moins. Cette différence s'explique peut-être par le fait que les jeunes adultes sont plus susceptibles d'avoir un degré d'instruction plus élevé que les plus âgés. Il n'existe pas de relation nette entre l'usage de la marijuana et le revenu; la consommation est sensiblement la même dans tous les groupes.

Certaines données nous portent à croire que la consommation de marijuana diminue. En 1978, une enquête menée par Santé et Bien-être social Canada montrait que 10 p. 100 des Canadiens en consommaient, alors qu'en 1985, la proportion était de seulement 6 p. 100. On ne sait pas si cette diminution est due à une consommation moindre ou à une plus grande hésitation des gens à avouer qu'ils en font usage. Cependant, il est encourageant de constater que la consommation diminue ou tout au moins que la marijuana est socialement moins acceptée qu'auparavant.■

« Accroître la prévention » est l'un des trois défis en matière de promotion de la santé identifiés dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Dans une large mesure, cela suppose d'amener les personnes à avoir de bonnes habitudes. Nous pourrons accroître la prévention en amenant les gens à délaisser certaines habitudes néfastes telles que l'usage de la cigarette, et de la marijuana, et la consommation excessive d'alcool, et à adopter des comportements sains qui leur permettront d'améliorer leur santé. À titre de professionnels de la santé, comment pouvons-nous donner aux Canadiens les moyens de réaliser ces changements? Voilà notre défi.

Les résultats de l'Enquête Promotion Santé Canada renferment les éléments pour répondre à cette question en regard de trois habitudes précises : la consommation excessive d'alcool, l'usage de la cigarette et de la marijuana.

L'enquête montre que le Canadien moyen ne fume pas, ne boit pas à l'excès et ne consomme pas de marijuana. Une petite minorité, soit 8 p. 100, dit prendre 15 consommations d'alcool ou plus par semaine, ce qui représente une diminution par rapport à d'autres études antérieures. Et alors qu'une minorité importante (34 p. 100) fume la cigarette, la majorité des Canadiens ne fume pas et le nombre de fumeurs ne cesse de diminuer. Seulement 6 p. 100 disent consommer de la marijuana comparativement à 10 p. 100 en 1978.

Ces résultats nous amènent à faire une double constatation. D'un côté, le fait d'éviter les comportements néfastes pour la santé devient maintenant la norme parmi les Canadiens. Pour tous les comportements néfastes étudiés dans le présent rapport, on note une diminution au cours des récentes années – et cela est particulièrement évident pour ce qui est de l'usage du tabac. Il y a encore peu de temps de cela, fumer était considéré comme un comportement « adulte », « sophistiqué », même « prestigieux ». Maintenant, fumer devient socialement moins acceptable, comme le démontre le lobbying des groupes de pression exigeant des environnements exempts de fumée. À un degré moindre, cela est vrai aussi pour la consommation excessive d'alcool et l'usage de la marijuana. L'intoxication par ces produits, et particulièrement la conduite avec facultés affaiblies, n'est plus aussi bien acceptée qu'il y a dix ou quinze ans. Et des programmes permanents ont été mis sur pied pour combattre l'usage des drogues illicites.

Compte tenu des liens étroits qu'établit l'Enquête Promotion Santé Canada entre les comportements affectant la santé et le contexte social, ces faits revêtent une grande importance en regard de la promotion de la santé. L'émergence d'un consensus social en faveur d'habitudes saines favorise le développement de programmes basés sur l'entraide, l'action communautaire et les efforts concertés des diverses institutions et des groupes de pression.

Voilà pour l'aspect positif. De l'autre côté, malgré l'intérêt public grandissant pour les comportements sains, des minorités significatives ont encore des habitudes néfastes. Trente-quatre pour cent des répondants fument toujours, 8 p. 100 – soit près de deux millions de Canadiens – boivent à l'excès et 6 p. 100 consomment de la marijuana.

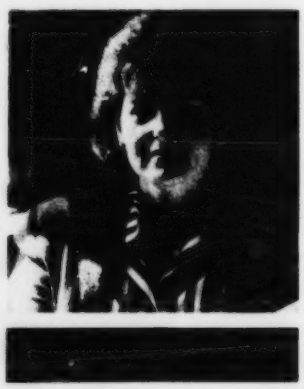
Que pouvons-nous faire pour aider ces gens à adopter des comportements sains? Il semble que les approches traditionnelles en matière de promotion de la santé, fondées sur l'éducation, la motivation et la conscientisation, bien qu'efficaces, vu les résultats décrits auparavant, n'ont pas rejoint ces minorités. Ces gens ont-ils les mêmes possibilités que les autres de faire des choix éclairés? Si ce n'est pas le cas, alors nos efforts portant sur

l'éducation, la modification des attitudes, des croyances et des intentions ne seront pas suffisants pour leur permettre de changer leur comportement. Le fait que ces gens persistent dans leurs habitudes néfastes malgré la pression sociale de plus en plus forte indique qu'ils font face à des obstacles ou à un manque de ressources qui les empêchent de changer. Par exemple, alors que la consommation de cigarettes et d'alcool a fortement diminué depuis l'Enquête Santé Canada menée en 1978-1979, cette diminution est beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes. La consommation excessive d'alcool a diminué de 22 p. 100 à 14 p. 100 chez les hommes depuis 1978-1979, et de 5 p. 100 à 4 p. 100 chez les femmes. Durant la même période, la proportion d'hommes qui fument régulièrement a diminué de 41 p. 100 à 32 p. 100, mais la proportion de femmes seulement de 34 p. 100 à 29 p. 100. L'écart entre hommes et femmes se rétrécit. Pour quelle raison beaucoup plus d'hommes que de femmes ont-ils cessé de boire à l'excès et de fumer? Les femmes reçoivent-elles moins d'appui dans leurs efforts pour y parvenir? Les incitations à fumer et à boire ont-elles été plus fortes chez les femmes que chez les hommes? Ou encore, les approches passées en matière de promotion de la santé ont-elles été tout simplement plus efficaces pour les hommes que pour les femmes?

De la même façon, les adolescents et les jeunes adultes doivent continuer de retenir particulièrement notre attention puisqu'ils constituent les plus gros consommateurs d'alcool, de tabac et de marijuana.

Quelles que soient les raisons expliquant la persistance d'habitudes néfastes chez certains groupes de Canadiens, les approches passées, qui comptaient avant tout sur le changement individuel, ne seront probablement plus suffisantes. Plutôt que de simplement tenter de convaincre les Canadiens de modifier leurs habitudes, il nous faudra leur offrir les ressources, la capacité et le soutien qui leur permettra de le faire. Dès lors, nous devrons nous attarder aux conditions sociales qui favorisent le maintien d'habitudes néfastes et faire en sorte qu'il soit plus difficile de maintenir ces habitudes, par exemple en augmentant le prix du tabac et de l'alcool, en augmentant le nombre de lieux publics où il est interdit de fumer ou encore, en rendant socialement inacceptable, par l'action communautaire, la consommation excessive d'alcool. En même temps, nous devrons favoriser l'acquisition d'habitudes saines, par exemple en limitant la publicité sur le tabac, ou en menant des campagnes de promotion contre l'alcool au volant. Nous devrons nous attarder aux problèmes sous-jacents, comme le stress, qui favorisent souvent des habitudes néfastes.

Nous devrons réaliser cela dans le cadre d'une politique intersectorielle systématique et par la coordination des programmes pour nous assurer que l'environnement des individus favorise le choix d'habitudes saines. Des initiatives telles que le Programme national de lutte contre le tagagisme, la Stratégie nationale antidrogue et le Programme national pour combattre la conduite avec facultés affaiblies constituent des étapes importantes dans cette direction. ■



2

La santé auto-évaluée

Toute la série des rapports *Action Santé* a pour but de dresser un portrait de la perception qu'ont les Canadiens de leur santé. L'enquête, d'une part, leur demandait d'évaluer leur propre santé et, d'autre part, leur posait des questions sur les limites d'activité, le stress et le bonheur. En mettant ces deux éléments en relation avec certains comportements affectant la santé, nous pouvons commencer à établir de quelles façons les Canadiens voient leur santé dans leur vie de tous les jours, à savoir s'ils considèrent la santé simplement comme l'absence de maladie ou plutôt comme étant liée à un ensemble de situations de vie. Nous pouvons comprendre dans quelle mesure la consommation modérée d'alcool et l'abstinence en matière de tabac et de marijuana influencent leur propre évaluation de leur santé. Cela nous sera très utile pour trouver des façons de rendre plus efficaces les programmes de promotion de la santé.

***Dans ce chapitre, nous voyons** de quelle façon les buveurs excessifs, les fumeurs de cigarettes et ceux qui font usage de marijuana évaluent leur santé. Étant donné ce que nous savons des conséquences sur la santé de l'usage de ces produits, et compte tenu des campagnes de promotion des dernières années contre ces produits, nous pouvons penser que ceux qui les consomment ont tendance à évaluer leur santé comme moins bonne que ceux qui n'en font pas usage.*

Cependant, nous constatons plutôt que les fumeurs de tabac ou de marijuana et les buveurs excessifs n'évaluent pas leur santé différemment des autres Canadiens. Cela nous renseigne sur la perception qu'ont ces gens de leur santé et sur les stratégies de promotion de la santé qu'il nous faut mettre en place pour les aider à modifier leurs habitudes.

Il est intéressant de constater que les résultats quant à la santé auto-évaluée varient beaucoup d'un groupe à l'autre. Par exemple, nous avons vu dans le rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada* que plusieurs Canadiens aux prises avec des limites d'activité ou d'autres problèmes de santé évaluent tout de même leur santé comme très bonne ou excellente. Dans le rapport *Action Santé : forme physique, alimentation et sécurité*, nous constatons que plusieurs de ceux qui ont adopté des comportements favorisant la santé évaluent leur santé comme meilleure que ceux qui n'ont pas ces comportements.

Dans ce chapitre, nous étudions la santé auto-évaluée par rapport à la consommation d'alcool, de tabac et de marijuana. Les résultats sont des plus contradictoires. Malgré les risques pour la santé qu'entraîne la consommation de ces produits, la majorité des buveurs, des fumeurs et des consommateurs de marijuana évaluent tout de même, de façon générale, leur santé comme très bonne ou excellente.

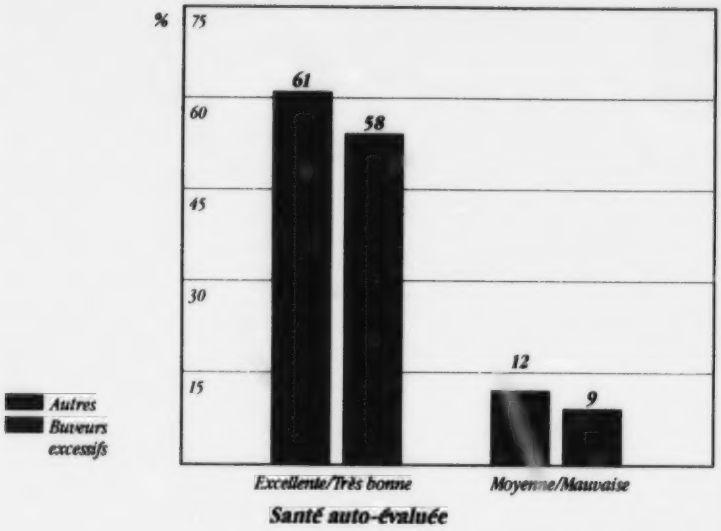
La santé auto-évaluée

On a demandé aux répondants : *« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? »*

Dans l'ensemble, les gens qui boivent à l'excès, fument ou consomment de la marijuana ont moins tendance que les autres à évaluer leur santé comme très bonne ou excellente et plus tendance à l'évaluer comme moyenne ou mauvaise. Cependant, cette différence est beaucoup moins grande que ce à quoi nous pouvions nous attendre compte tenu des conséquences sur la santé de l'usage de ces produits.

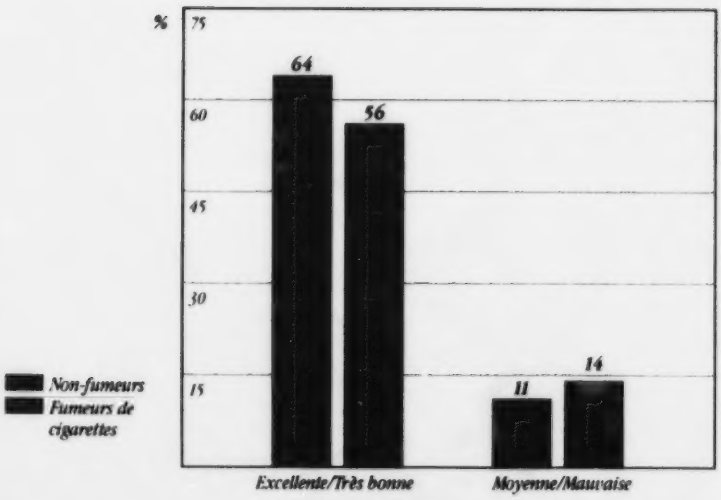
Les buveurs excessifs : cinquante-huit pour cent des buveurs excessifs et 61 p. 100 des autres évaluent leur santé comme très bonne ou excellente pour leur âge. Seulement 9 p. 100 des buveurs excessifs évaluent leur santé comme moyenne ou mauvaise, contre 12 p. 100 des autres. Ce dernier résultat s'explique peut-être par le fait que les gens qui n'ont pas une bonne santé sont moins portés à boire à l'excès.

fig. 2a
Santé auto-évaluée et consommation d'alcool



Les gens qui avaient pris 15 consommations ou plus au cours de la semaine précédente n'avaient pas tendance à évaluer leur santé différemment des autres.

fig. 2b
Santé auto-évaluée et consommation de cigarettes



Il n'y a pas de différence significative entre fumeurs et non-fumeurs de cigarettes dans leur façon d'évaluer leur santé.

Les fumeurs : cinquante-six pour cent des fumeurs et 64 p. 100 des non-fumeurs évaluent leur santé comme très bonne ou excellente pour leur âge. Quatorze pour cent des fumeurs et 11 p. 100 des non-fumeurs l'évaluent comme moyenne ou mauvaise.

Les consommateurs de marijuana : soixante-deux pour cent des fumeurs de marijuana et 60 p. 100 de ceux qui n'en consomment pas évaluent leur santé comme très bonne ou excellente pour leur âge. Sept pour cent des fumeurs de marijuana et 13 p. 100 de ceux qui n'en consomment pas évaluent leur santé comme moyenne ou mauvaise.

Limites d'activité

On a demandé aux répondants : *« Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection physique ou d'un problème de santé chronique? Par "chronique", j'entends qui dure depuis plus de six mois ou qui devrait durer plus de six mois ».*

Les limites d'activité sont liées de plusieurs façons aux comportements affectant la santé. Premièrement, des comportements sains peuvent diminuer l'importance de limites d'activité ou même les prévenir alors que de mauvaises habitudes peuvent entraîner des limites d'activité. Deuxièmement, les limites d'activité peuvent elles-mêmes constituer un obstacle à l'amélioration de la santé. Elles peuvent également rendre une personne plus consciente de l'importance de comportements sains.

Bien que l'on puisse s'attendre à ce que l'excès d'alcool, ainsi que l'usage du tabac et de la marijuana entraînent des problèmes de santé provoquant des limites d'activité, l'enquête montre que les gens qui consomment ces produits ne font pas état de plus de limites d'activité que les autres.

- Chez les buveurs excessifs, 12 p. 100 indiquent des limites d'activité contre 16 p. 100 des gens qui ne boivent pas à l'excès.

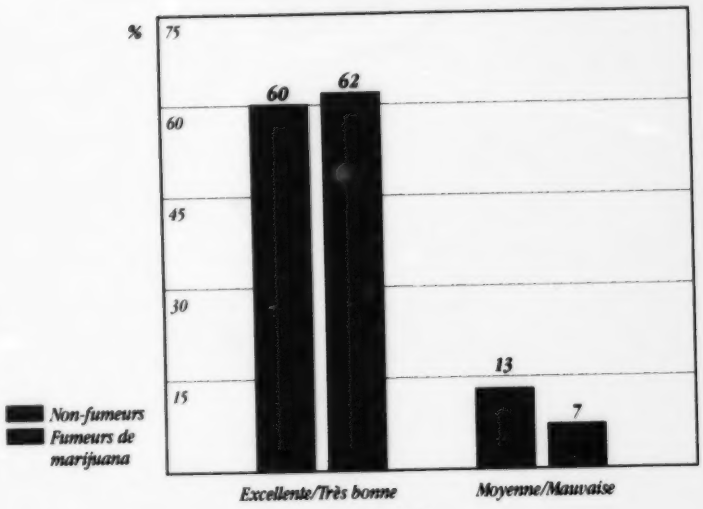
- Chez les fumeurs de tabac, 15 p. 100 indiquent avoir des limites d'activité, contre 16 p. 100 des non-fumeurs.
- Chez les consommateurs de marijuana, 9 p. 100 indiquent des limites d'activité contre 17 p. 100 de ceux qui n'en consomment pas.

Divers facteurs peuvent expliquer ces résultats apparemment contradictoires. Premièrement, il faut reconnaître que la plupart des consommateurs de marijuana et des buveurs excessifs sont de jeunes adultes qui, en raison de leur âge, sont moins susceptibles d'avoir des limites d'activité. Deuxièmement, plusieurs problèmes de santé associés à l'usage de ces produits sont d'ordre chronique et se développent au fils des ans. Ils ne se manifestent donc pas immédiatement. Troisièmement, plusieurs usagers de ces produits, qui ont développé des problèmes de santé, sont possiblement en institution et dès lors exclus de l'enquête. Enfin, il se peut que les gens ayant des limites d'activité soient moins portés à faire usage de ces produits.

Le stress

Le stress est un indice de la capacité d'une personne de composer avec les exigences de la vie. À ce titre, il constitue un élément de mesure générale de l'autonomie d'une personne. Boire, fumer et consommer de la marijuana peut constituer, compte tenu des circonstances de la vie, le seule façon de composer avec le stress. En ce cas, le moyen de contrôle du stress devient en soi un problème. Par exemple, une personne peut consommer des drogues pour contrôler son stress puis en venir à ne pouvoir plus combattre le stress sans utiliser de drogue. En termes de promotion de la santé, nous devons nous poser la question : « Est-il réaliste de penser qu'une personne puisse cesser de boire à l'excès, de fumer ou de consommer de la marijuana sans que soient résolus les problèmes sous-jacents, ou sans qu'on lui ait fourni des moyens plus "sains" de composer avec le stress? »

fig. 2c
Santé auto-évaluée et consommation de marijuana



Les consommateurs de marijuana n'évaluent pas leur santé différemment de ceux qui n'en consomment pas.

L'Enquête Promotion Santé Canada a révélé un rapport entre le fait de boire, de fumer ou de consommer de la marijuana et les stress. On a demandé aux répondants : « *Décririez-vous votre vie comme très stressante, assez stressante, pas très stressante ou pas stressante du tout?* » Dans tous les cas, les buveurs excessifs, les fumeurs et les consommateurs de marijuana indiquent des niveaux de stress plus élevés que les non-consommateurs de ces produits. Cependant, les différences ne sont pas très grandes.

- Cinquante et un pour cent des buveurs excessifs disent que leur vie est très ou assez stressante, contre 48 p. 100 de ceux qui ne boivent pas à l'excès.
- Cinquante pour cent des fumeurs de tabac disent que leur vie est très ou assez stressante, contre 47 p. 100 des non-fumeurs.
- Cinquante-sept pour cent des consommateurs de marijuana disent que leur vie est très ou assez stressante, contre 48 p. 100 des gens qui n'en consomment pas.

Le bonheur

Comme le stress, le bonheur peut être un indice de la santé d'une personne, particulièrement de sa santé mentale et de sa capacité de composer avec les exigences de la vie.

À la question « *De façon générale, affirmeriez-vous que vous êtes une personne très heureuse, assez heureuse ou pas très heureuse?* », les répondants qui ont des comportements néfastes ont moins tendance que ceux qui n'ont pas ces comportements à déclarer être très heureux. Encore une fois cependant, la différence est minime.

- Quarante-quatre pour cent des buveurs excessifs disent être très heureux, contre 42 p. 100 des gens qui ne boivent pas à l'excès.
- Trente-sept pour cent des fumeurs disent être très heureux, contre 45 p. 100 des non-fumeurs.
- Trente-six pour cent des consommateurs de marijuana disent être très heureux, contre 42 p. 100 de ceux qui n'en consomment pas. ■

Questions et défis

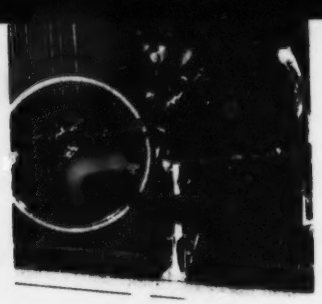
1) Vu l'importance accordée aux risques inhérents à la consommation d'alcool, de tabac et de marijuana dans les programmes passés, en matière de promotion de la santé, nous pouvions nous attendre à ce que les fumeurs de cigarettes ou de marijuana, ainsi que les buveurs excessifs, soient informés des risques pour leur santé de consommer ces produits et qu'ils aient beaucoup moins tendance que les autres Canadiens à se dire en bonne santé. L'Enquête Promotion Santé Canada montre pourtant que, bien que les fumeurs ne se disent pas en aussi bonne santé que les non-fumeurs, la différence est minime. L'enquête montre que les consommateurs de marijuana ont même légèrement plus tendance que ceux qui n'en consomment pas à dire que leur santé est très bonne ou excellente.

Il existe, bien sûr, différentes explications possibles à ces résultats. Plusieurs problèmes de santé associés à l'alcool, à la cigarette et à la marijuana résultent d'un usage répété et ont des conséquences à long terme. Dès lors, les gens n'associent pas l'usage de ces produits à des problèmes de santé à court terme qui influencent plus directement la perception que les gens ont de leur santé. De plus, ces comportements sont surtout répandus chez les jeunes personnes, qui, dans l'ensemble, ont plus tendance que leurs aînés à évaluer leur santé comme bonne. Enfin, plusieurs de ceux qui ont déjà des problèmes de santé peuvent simplement avoir moins tendance à boire, à fumer ou à consommer des drogues illicites ou alors, ils sont déjà en institution et ont été exclus de cette étude.

Également, tel que mentionné dans le chapitre précédent, les gens qui continuent de boire à l'excès, de fumer et de consommer de la marijuana sont peut-être ceux pour qui les approches passées en matière de promotion de la santé n'ont pas porté fruit. Quelles qu'en soient les raisons (par exemple, le refus de croire aux effets néfastes de ces produits), le message n'est tout simplement pas passé. Cela semble confirmer, comme nous l'avons soulevé dans le chapitre précédent, qu'il pourrait être de plus en plus difficile de réussir dans nos tentatives futures en développant des programmes fondés sur les approches passées qui tentaient d'éduquer et de convaincre les individus.

De toute façon, ces résultats montrent que les Canadiens ne voient pas la santé uniquement sous l'angle de la maladie ou des problèmes de santé. Nous avons vu dans le rapport *Action Santé – Perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada 1985* que beaucoup de Canadiens qui ont des problèmes de santé évaluent tout de même leur santé comme très bonne ou excellente. De la même façon, nous constatons maintenant que beaucoup de Canadiens qui ont des comportements à risque évaluent leur santé comme très bonne ou excellente. Cela démontre que les citoyens n'évaluent pas nécessairement leur santé de la même façon que les professionnels de la santé. Pour les citoyens, la santé n'est pas seulement vue en termes de problèmes, mais se situe dans le contexte global de la vie courante.

2) Nous avons vu dans ce chapitre que ceux qui boivent à l'excès, fument ou consomment de la marijuana n'évaluent pas nécessairement leur santé comme moins bonne que ceux qui n'ont pas ces comportements. De même, le rapport *Action Santé : forme physique, alimentation et sécurité* constate que la santé autoévaluée ne diffère pas selon que l'on a ou non de bons comportements en matière de sécurité routière. Par contre, ce rapport constate aussi que les Canadiens qui font régulièrement de l'exercice ou qui ont de bonnes habitudes alimentaires



ont tendance à évaluer leur santé comme meilleure que ceux qui ne font pas d'exercice ou qui n'ont pas de bonnes habitudes alimentaires.

Dans une certaine mesure, ces résultats ne doivent pas nous surprendre. L'activité physique régulière et les bonnes habitudes alimentaires favorisent la santé, c'est-à-dire qu'elles ont une incidence à court terme sur le bien-être d'une personne. Par contre, la sécurité routière permet simplement de limiter les risques d'accident et ne procure aucun bien-être immédiat autre qu'un sentiment de sécurité. Et, bien que le fait de ne pas consommer d'alcool, de cigarettes ou de marijuana puisse prévenir les problèmes de santé même à court terme (par exemple le lendemain de veille du buveur, la toux du fumeur, le sommeil agité), il prévient surtout les problèmes futurs. Par ailleurs, diminuer sa consommation d'alcool et cesser de fumer et de consommer de la marijuana peut, à court terme, signifier la perte du plaisir associé à l'usage de ces produits, entraîner des effets de sevrage importants et même modifier profondément le tissu de relations sociales avec la famille et les amis.

Les bienfaits de divers comportements préventifs nous donnent des indices sur les mécanismes qu'il faut mettre en application pour assurer la promotion d'habitudes saines. De façon concrète, les comportements préventifs qui ont des effets immédiats se renforcent eux-mêmes : les gens qui font de l'exercice et s'alimentent bien se sentent mieux et ce sentiment les encourage à garder ces bonnes habitudes. On pourrait donc assez facilement en faire la promotion en mettant en évidence leur valeur intrinsèque. Bien que, pour l'exercice physique et l'alimentation, il faille toujours favoriser la mise en commun des ressources, promouvoir l'entraide et développer des programmes spécifiques destinés aux groupes les plus difficiles à rejoindre, les efforts devront toujours viser l'amélioration de la qualité de vie des individus.

Ce n'est pas le cas pour ce qui est de la sécurité routière. L'utilisation de la ceinture de sécurité et la sobriété au volant n'ont pas pour effets d'améliorer la santé et d'amener les gens à se sentir mieux. En ce sens, ces comportements n'ont pas de valeur de renforcement. Ils permettent peut-être à une personne de se sentir plus en sécurité, mais pas nécessairement en *meilleure santé*. Cela est également vrai, du moins en partie, pour ce qui est de l'usage excessif de l'alcool, du tabac et de la marijuana. Il est vrai que cesser de boire à l'excès et de fumer du tabac ou de la marijuana a certains effets bénéfiques immédiats, mais cela n'incite pas une personne à *ne pas* commencer à consommer ces produits.

Pour ces comportements qui ne portent aucun effet bénéfique intrinsèque et immédiat, il faut peut-être mettre de l'avant un éventail beaucoup plus large de mécanismes de promotion de la santé qui facilitent les choix éclairés. Ainsi, l'utilisation de la ceinture de sécurité augmente sensiblement lorsque les lois sont appliquées. Malgré nos efforts, depuis nombre d'années, pour convaincre les gens de ne pas fumer, les succès les plus importants dans ce domaine sont venus récemment, avec l'émergence de groupes de défense des nonfumeurs et l'adoption de mesures législatives sur l'usage de la cigarette en milieu de travail. De même, les succès en matière d'alcool au volant sont venus avec l'émergence de groupes de pression et la mise en application de programmes de contrôles policiers sur les routes. Ces changements ont été non seulement approuvés, mais amenés par la majorité des Canadiens qui ont en ce domaine de bonnes habitudes.

Élaborer des programmes de promotion de la santé qui mettent à profit de façon judicieuse les diverses ressources et stratégies pour chacune de ces questions représente un défi constant. Encore une fois, cela n'est possible que si l'on comprend comment les Canadiens perçoivent et conçoivent la santé. Les gens boivent, fument ou consomment des drogues pour plusieurs raisons. Ce qui importe, c'est d'offrir aux gens un [illegible] qui les aidera à adopter de bon[illegible] habitudes. Qu'ils y parviennent pour des raisons de santé ou autres, peu importe. ■

3 La recherche de la santé

***Dans ce chapitre, nous nous attardons** non plus à l'évaluation que les Canadiens font de leur santé, mais aux efforts qu'ils font pour maintenir ou améliorer leur santé. Ces efforts sont révélateurs de leur conception de la santé et nous fournissent des informations sur les divers éléments qui influencent leur santé, les ressources à mettre en oeuvre et les obstacles qu'ils rencontrent dans leur recherche de la santé.*

De façon générale, les Canadiens cherchent vraiment à maintenir ou à améliorer leur santé, et leurs comportements reflètent leur conception de la santé: ceux qui boivent à l'excès, fument ou consomment de la marijuana ont moins tendance que ceux qui ne consomment pas ces produits à faire un effort pour maintenir leur santé. Nous constatons également que, très souvent, les gens ne font pas nécessairement les bons choix en vue d'améliorer leur santé.

Faire un effort

Nous avons vu que, dans l'ensemble, la différence est minime dans l'auto-évaluation de la santé entre ceux qui boivent à l'excès, qui fument du tabac ou qui consomment de la marijuana et ceux qui ne consomment pas ces produits. Une forte majorité de buveurs excessifs, de fumeurs et de consommateurs de marijuana estiment que leur santé est très bonne ou excellente.

Mais comment ces gens perçoivent-ils les efforts qu'ils font pour être en santé? L'Enquête Promotion Santé Canada posait la question suivante:

«Quelle est votre opinion à l'égard de l'énoncé suivant: Comparativement à la plupart des personnes de mon âge, je fais plus d'efforts pour améliorer mon état de santé?»

Dans l'ensemble, les gens qui boivent à l'excès, fument ou consomment de la marijuana font moins d'efforts que les autres Canadiens.

- Seulement 48 p. 100 des gens qui boivent 15 consommations ou plus par semaine, contre 65 p. 100 des gens qui boivent moins, disent faire plus d'efforts.
- Seulement 60 p. 100 des fumeurs disent faire plus d'efforts, contre 71 p. 100 des non-fumeurs.
- Seulement 57 p. 100 des consommateurs de marijuana estiment faire plus d'efforts, contre 64 p. 100 de ceux qui n'en consomment pas.

Ces résultats font ressortir des contrastes. D'une part, ceux qui consomment du tabac ou de la marijuana, ou qui boivent à l'excès ont moins tendance que les autres à faire des efforts pour améliorer leur santé, ce qui indique peut-être que ces gens sont d'une certaine façon préoccupés par leur habitude. D'autre part, près de la moitié des buveurs excessifs et une majorité des fumeurs et des consommateurs de marijuana estiment faire plus d'efforts que la plupart des personnes de leur âge pour améliorer leur santé. Cette perception est-elle juste? Ces gens comprennent-ils bien les effets réels de ces comportements sur leur santé? Ou ont-ils simplement d'autres priorités face à l'amélioration de leur santé?

Les priorités

On a demandé aux répondants: *«À votre avis, quelle est la chose la plus importante que vous devriez faire pour améliorer votre santé?»* Chez les buveurs excessifs, les fumeurs de cigarettes et les consommateurs de marijuana, faire plus d'exercice était la chose la plus fréquemment indiquée.

Alors que nous pourrions penser que pour les buveurs excessifs, les fumeurs et les consommateurs de marijuana, les priorités en vue d'améliorer leur santé sont évidentes, ce n'est pas le cas. Par exemple:

- Trente-neuf pour cent des buveurs excessifs disent que la chose la plus importante serait de faire plus d'exercice. Dans ce groupe, réduire la consommation d'alcool vient en dernier lieu, avec seulement 3 p. 100 des répondants.
- Trente-quatre pour cent des fumeurs disent qu'ils devraient

faire plus d'exercice pour améliorer leur santé. Cependant, une proportion importante (29 p. 100) dit que cesser de fumer serait la chose la plus importante qu'ils devraient faire.

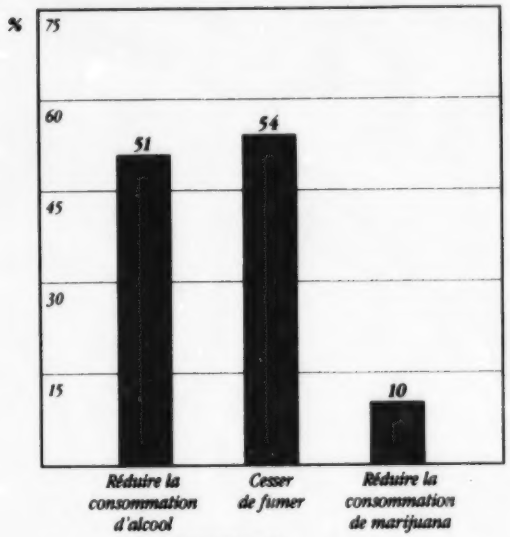
- De même, 32 p. 100 des consommateurs de marijuana disent qu'ils devraient faire plus d'exercice, mais seulement 1 p. 100 d'entre eux estiment qu'ils devraient réduire leur consommation de drogues. Huit pour cent disent qu'ils devraient perdre du poids et 9 p. 100 qu'ils devraient améliorer leurs habitudes alimentaires.

Si l'on accepte que les gens puissent établir eux-mêmes leurs propres priorités, on constate que ces priorités ne correspondent pas toujours à ce qu'ils ont réellement l'intention de faire. En effet, après leur avoir demandé ce que, d'après eux, ils *devraient* faire pour améliorer leur santé, on a demandé aux répondants ce qu'ils avaient véritablement l'intention de faire durant la prochaine année pour améliorer leur santé. Parmi ceux qui disent qu'ils devraient réduire leur consommation d'alcool, seulement 10 p. 100 ont l'intention de le faire. Parmi ceux qui disent qu'ils devraient cesser de fumer, seulement 51 p. 100 ont véritablement l'intention de le faire. Parmi ceux qui disent qu'ils devraient réduire leur consommation de marijuana, seulement 54 p. 100 ont véritablement l'intention de le faire.

Faire les bons choix

Bien sûr, les priorités que les gens établissent peuvent nous sembler inadéquates et cela tient au fait que dans ce chapitre, nous avons étudié certains comportements néfastes isolément, sans les mettre en relation les uns avec les autres. Concrètement, cependant, ces comportements sont reliés entre eux de diverses façons et peuvent se nuire les uns les autres. Il ne faut donc pas s'étonner que les priorités que les gens établissent diffèrent de ce à quoi nous nous attendons. Pour bien comprendre de quelle façon

fig. 3a
L'intention de changer

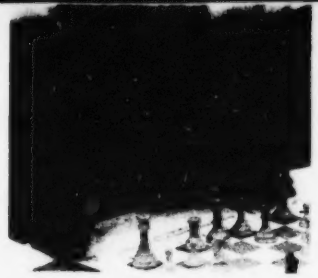


Ce tableau montre, parmi les gens qui estiment qu'ils devraient faire quelque chose pour améliorer leur santé, les pourcentages de ceux qui ont réellement l'intention de passer aux actes.

Les raisons pour changer

On a demandé aux répondants qui ont dit avoir fait quelque chose durant la dernière année si, outre le fait de vouloir améliorer leur santé, une autre raison les avait motivés. Les résultats montrent des raisons très diverses qui incluent la pression des pairs, la responsabilité familiale, des préoccupations liées à l'emploi et le désir de se conformer aux normes sociales. Une personne peut réduire sa consommation d'alcool pour améliorer son efficacité au travail; une autre peut décider de faire plus d'exercice pour ainsi avoir une activité sociale agréable; une autre enfin peut décider de perdre du poids pour être socialement acceptée. Avec l'augmentation du nombre de lieux de travail où il est interdit de fumer, certaines personnes doivent cesser ou réduire leur consommation quelle que soit leur perception des risques du tabac pour leur santé.

Par exemple, parmi ceux qui ont réduit leur consommation d'alcool, 67 p. 100 ont donné des raisons autres que de santé; c'était le cas de 30 p. 100 de ceux qui ont cesser de fumer et de 43 p. 100 de ceux qui ont réduit leur consommation de marijuana.



les gens établissent leurs priorités, il faut voir les relations entre les divers comportements. Par exemple :

- Parmi les buveurs excessifs, 45 p. 100 ne font pas d'exercice régulièrement, 18 p. 100 consomment de la marijuana, 53 p. 100 fument et 45 p. 100 conduisent après avoir bu.
- Parmi les fumeurs, 51 p. 100 ne font pas d'exercice régulièrement, 8 p. 100 prennent des somnifères ou des tranquillisants, 10 p. 100 consomment de la marijuana et 17 p. 100 disent avoir conduit après avoir bu.
- Parmi les consommateurs de marijuana, 66 p. 100 ne font pas d'exercice régulièrement, 7 p. 100 prennent des somnifères ou des tranquillisants, 10 p. 100 prennent des stimulants, 27 p. 100 boivent à l'excès, 37 p. 100 conduisent après avoir bu et 60 p. 100 fument. ■

Questions et défis

1) Dans ce chapitre, nous avons constaté des différences très nettes entre ceux qui boivent à l'excès, fument ou consomment de la marijuana et ceux qui ne font pas usage de ces produits. Dans chaque cas, ces derniers ont beaucoup plus tendance à estimer faire plus d'efforts que la plupart des gens de leur âge pour améliorer leur santé. Cela contraste avec les résultats du chapitre précédent sur la santé auto-évaluée, pour laquelle il n'y a pas de différence marquée entre ceux qui font usage de ces produits et ceux qui n'en font pas usage. Cela suggère que les buveurs excessifs, les fumeurs et les consommateurs de marijuana sont conscients des effets néfastes de leur comportement et se sentent préoccupés et peut-être même quelque peu coupables du fait de ne pas avoir mis fin à leur mauvaise habitude.

2) On doit se réjouir que la plupart des Canadiens voient la santé comme une dimension de leur vie qu'ils peuvent modifier et qu'il vaut la peine de modifier. De plus, la plupart croient qu'ils peuvent faire quelque chose pour améliorer leur santé. Mais nous devons nous préoccuper des priorités qu'ils établissent en vue d'y parvenir. Parmi ceux qui croient qu'ils *devraient* faire quelque chose pour améliorer leur santé, une forte majorité établissent comme priorité l'activité physique.

De toute évidence, l'exercice physique est en tête de ces priorités. L'importance de l'activité physique n'a-t-elle pas été *trop mise de l'avant?* N'est-ce pas devenu uniquement un symbole de ce que l'on doit faire pour améliorer sa santé? Les gens préfèrent-ils l'exercice physique surtout pour ses dimensions sociales ou parce que c'est une activité plus facile ou agréable que d'autres? Quelles que soient les raisons, il n'est pas certain que l'exercice physique doive être la principale priorité de tous et chacun. Pour la personne qui boit à l'excès, fume ou consomme de la marijuana, l'exercice physique n'est peut-être pas prioritaire. À titre de professionnels de la santé, nous devons aider les gens à établir des priorités réalistes et qui soient en accord avec leurs besoins.

3) Beaucoup de répondants donnent des raisons autres que la santé pour justifier certaines actions qu'ils ont entreprises au cours de l'année précédant l'enquête en vue d'améliorer leur santé. Cela ne doit pas nous surprendre, puisque les comportements des gens s'inscrivent dans un ensemble complexe de situations de vie.

La recherche de la santé n'est pas toujours la principale motivation des gens qui changent leurs habitudes de vie. Par exemple, une personne qui fume beaucoup peut cesser de fumer non pas pour améliorer sa santé, mais pour mieux se faire accepter socialement ou pour se conformer à l'interdiction de fumer dans son lieu de travail. Ces facteurs indirects peuvent constituer une source de motivation précieuse. Ils ouvrent la voie à des stratégies de promotion de la santé s'appuyant sur la modification de l'environnement, sur l'entraide et sur l'autonomie. Par exemple, les campagnes en faveur de l'exercice physique insistent déjà sur le fait que l'exercice est non seulement bon pour la santé, mais qu'il constitue aussi une activité sociale agréable. Les campagnes contre l'usage du tabac et des drogues, et contre la conduite avec facultés affaiblies, insistent sur la réprobation sociale de ces comportements. Les Canadiens doivent être conscients des dangers de ces mauvaises habitudes pour leur santé, mais d'autres motivations entrent aussi en jeu.

4) Moins de la moitié de ceux qui disent qu'ils *devraient* faire quelque chose pour améliorer leur santé ont véritablement l'intention de passer aux actes. On peut penser qu'une

proportion encore plus restreinte y parviendra. Cela est particulièrement troublant dans le cas des fumeurs. Des 30 p. 100 d'entre eux qui estiment qu'ils devraient cesser de fumer, moins de la moitié a réellement l'intention de le faire. Et parmi ces derniers, une minorité seulement y parviendra. De toute évidence, les gens sont conscients des enjeux. Mais cela ne constitue pas en soi une motivation suffisante. Donner aux Canadiens les moyens qui leur permettront réellement de vivre en santé constitue la clef de nos succès futurs en matière de promotion de la santé.

5) Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, les habitudes de vie font partie d'un tout qui prend ses racines dans l'histoire personnelle d'un individu et dans les situations de vie. Par exemple, l'enquête montre que parmi ceux qui boivent à l'excès, 45 p. 100 ne font pas d'exercice, 53 p. 100 fument et 45 p. 100 conduisent après avoir bu. Boire à l'excès, fumer, ne pas faire d'exercice, boire et conduire forment un ensemble de comportements qui est le lot de nombreux Canadiens. Pour ces gens, il ne s'agit pas seulement de modifier chacun des comportements en cause, mais de briser un ensemble de comportements malsains et de modifier les conditions de vie qui les supportent.

Nous devons être conscients qu'en demandant aux gens d'abandonner certains comportements néfastes à leur santé, nous leur demandons en fait de modifier en profondeur leur tissu de relations avec leur famille et leurs amis. Comment cesser de boire lorsque cela constitue la principale activité sociale de nos amis les plus proches, ou cesser de fumer lorsque tous les membres de notre famille fument? Comment cesser de consommer de la marijuana et conserver l'amitié, l'estime et la confiance de ses amis qui continuent d'en faire usage? Le choix est toujours difficile.

Notre mode de vie n'est pas que la somme de nos comportements, mais plutôt un ensemble complexe d'habitudes, bonnes ou mauvaises, que nous partageons avec notre famille et nos amis et qui prennent leur source dans notre environnement social. Il est autant le résultat de ce qui nous est accessible et des obstacles que nous rencontrons que le résultat des choix que nous faisons individuellement. ■

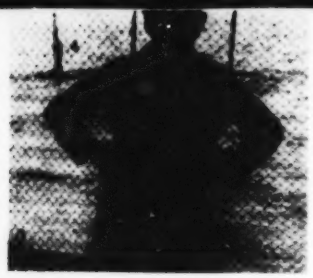
L'action de l'État

On a soumis aux répondants une liste de sujets puis on leur a demandé d'évaluer, sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure il est important que l'État intervienne sur chacun de ces sujets. De 1 à 3, le sujet était considéré comme pas très important; de 8 à 10, comme très important. Les résultats montrent que les Canadiens souhaitent que l'État joue un rôle prépondérant en matière de consommation d'alcool, de tabac et de drogue.

L'action de l'État

	Pas très important	*Très important*
Prévention des accidents de la route	*3%*	*78%*
Consommation de drogue	*5%*	*74%*
Problèmes liés à l'alcool	*5%*	*70%*
Consommation de tabac	*11%*	*54%*

Les gouvernements, le secteur bénévole et les collectivités ont réagi. Des lois restreignant la publicité relative au tabac et l'usage du tabac en milieu de travail ont été adoptées. Des programmes de coopération à long terme, comme la Stratégie nationale antidrogue, ont été lancés. Des actions communautaires innovatrices ont vu le jour.



Conclusion

Ce rapport sur certains comportements néfastes des Canadiens adultes fait ressortir des paradoxes. D'une part, nous constatons que la majorité des Canadiens ont des comportements sains. Il semble que la majorité d'entre eux comprennent les conséquences sur la santé de l'alcool, du tabac et de la marijuana et qu'ils ont su modifier leurs comportements. D'autre part, pour chacun des comportements étudiés dans l'enquête, une importante minorité maintient de mauvaises habitudes, le plus souvent, du moins en partie, en raison de leurs conditions sociales et de diverses situations de vie. Sept millions de Canadiens adultes fument encore la cigarette, deux millions boivent à l'excès et un million disent consommer de la marijuana. En dépit de progrès très encourageants, *accroître la prévention* demeure un formidable défi à relever, particulièrement en ce qui concerne l'usage de l'alcool, du tabac et de la marijuana.

Ce paradoxe laisse supposer que les approches traditionnelles en matière de promotion de la santé, si elles se sont révélées efficaces pour beaucoup de gens, ont peut-être atteint leurs limites. Elles s'appuyaient principalement sur l'éducation et la persuasion. Cependant, les approches actuelles mettent l'accent non plus seulement sur la persuasion, mais aussi sur les obstacles réels que les gens rencontrent dans leur désir de changer. Cela suppose un processus qui s'appuie sur les trois mécanismes de promotion de la santé définis dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* : les initiatives personnelles, l'entraide et la création d'environnements sains.

La première étape consiste à amener les gens à reconnaître l'importance de certains comportements dans leur recherche de la santé. Comme nous l'avons vu dans ce rapport, boire à l'excès, fumer et consommer de la marijuana ne sont pas toujours perçus par les usagers de ces produits comme ayant une forte incidence sur la santé. Aider ces gens à comprendre les risques liés à la consommation de ces produits constitue donc la première étape en vue de les amener à modifier leurs comportements.

La deuxième étape consiste à aider les personnes et les groupes à établir des priorités réalistes et appropriées à leur condition. Dans le chapitre 3, nous avons vu que les gens n'établissent pas toujours leurs priorités de façon adéquate : par une forte majorité, les buveurs excessifs, les fumeurs et les consommateurs de marijuana ont indiqué l'exercice physique comme leur principale priorité en vue d'améliorer leur santé. L'exercice physique est-il réellement le bon choix pour ces gens? N'est-ce pas plutôt simplement un objectif plus facile à atteindre? Devrions-nous tenter de les convaincre que leurs priorités ne sont pas les bonnes? Devrions-nous encore augmenter le prix des cigarettes ou rendre plus avantageux le fait de ne pas fumer pour inciter les gens à cesser de fumer? Encore une fois, tous les mécanismes de promotion de la santé définis dans le plan d'ensemble devront être mis à contribution.

La troisième étape consiste à offrir aux gens les ressources leur permettant de modifier leurs comportements et de vaincre les obstacles qu'ils rencontrent dans leur recherche de la santé. Dans le chapitre 3, nous avons vu que malgré un désir certain de cesser de fumer, beaucoup de fumeurs n'ont pas l'intention de le faire. Cela peut être dû en partie au manque de ressources disponibles à ces individus ainsi qu'au manque d'informations et de capacité des individus à faire face à ce problème. Cela peut également s'expliquer par le fait que ces gens n'établissent pas les bonnes priorités ou ne croient pas pouvoir réussir, ou encore que les obstacles sont trop gros pour qu'ils espèrent y parvenir seuls. Ce chapitre nous indique également que les mécanismes les plus efficaces en vue de réaliser les changements souhaités sont hors du contrôle des individus et

des professionnels de la santé. Si nous voulons réellement permettre aux personnes et aux groupes de faire des choix éclairés, nous devrons mettre à profit tous et chacun des mécanismes de promotion de la santé.

La quatrième étape consiste à créer des conditions qui facilitent l'acquisition de comportements sains et décourage les comportements néfastes. Par exemple, nous avons vu que, pour la plupart des comportements étudiés dans ce rapport, les comportements individuels sont directement liés à ceux de la famille et des amis. Dès lors, l'élaboration d'un consensus social sur certaines questions – comme c'est le cas depuis quelque temps concernant le tabac et l'alcool au volant – devrait contribuer énormément au changement des comportements des individus.

En vue de créer un environnement favorable, le présent rapport prône deux stratégies d'application : encourager la participation du public et coordonner des politiques publiques favorisant la santé. La majorité des Canadiens a de saines habitudes, et c'est par la majorité que les changements surviennent. Nous devons favoriser l'implication de ces gens, de sorte qu'ils soient les instigateurs du changement, tant dans leur famille que dans leur groupe social ou leur lieu de travail. C'est une des conditions de la réussite.

Il en va de même pour ce qui est de coordonner des politiques publiques favorisant la santé. Comme nous l'avons vu, plusieurs des facteurs influençant la consommation d'alcool, de tabac et de marijuana sont hors du contrôle des individus et des professionnels de la santé. Il faut donc mettre à contribution, de façon concertée, tous les mécanismes de promotion de la santé. Cela se fait de plus en plus, par le biais notamment des programmes nationaux contre l'usage de l'alcool, du tabac et de la marijuana, mais il y a encore lieu de s'améliorer.

Ce processus de prise en charge des personnes et des communautés par elles-mêmes ne remplace pas les approches traditionnelles, mais permet de les situer dans un contexte plus large. De plus, il montre les interrelations étroites entre chacun des défis en matière de promotion de la santé tels que définis dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Notre but, aujourd'hui, est d'accroître la prévention. Pour y parvenir, nous devrons simultanément réduire les inégalités et favoriser l'autonomie des gens. L'importance du présent rapport est qu'il montre de quelles façons ces trois défis sont intimement liés. ■